

140

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Mars 1893, à 1 heure

PAR

Gaston LETERRIER

Né à Craon (Mayenne), le 12 juin 1865.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DU

PHLEGMON SUBLINGUAL

DIT

ANGINE DE LUDWIG

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges { MM.
POTAIN, professeur.
CHAUFFARD, DELBET, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

140

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Mars 1893, à 1 heure

PAR

Gaston LETERRIER

Né à Craon (Mayenne), le 12 juin 1865.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DU

PHLEGMON SUBLINGUAL

DIT

ANGINE DE LUDWIG

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges { MM.
POTAIN, professeur.
CHAUFFARD, DELBET, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. SÉE.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	{ TILLAUX.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.
<i>Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.</i>	

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIÉR.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTÉTER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE & DE MA MÈRE

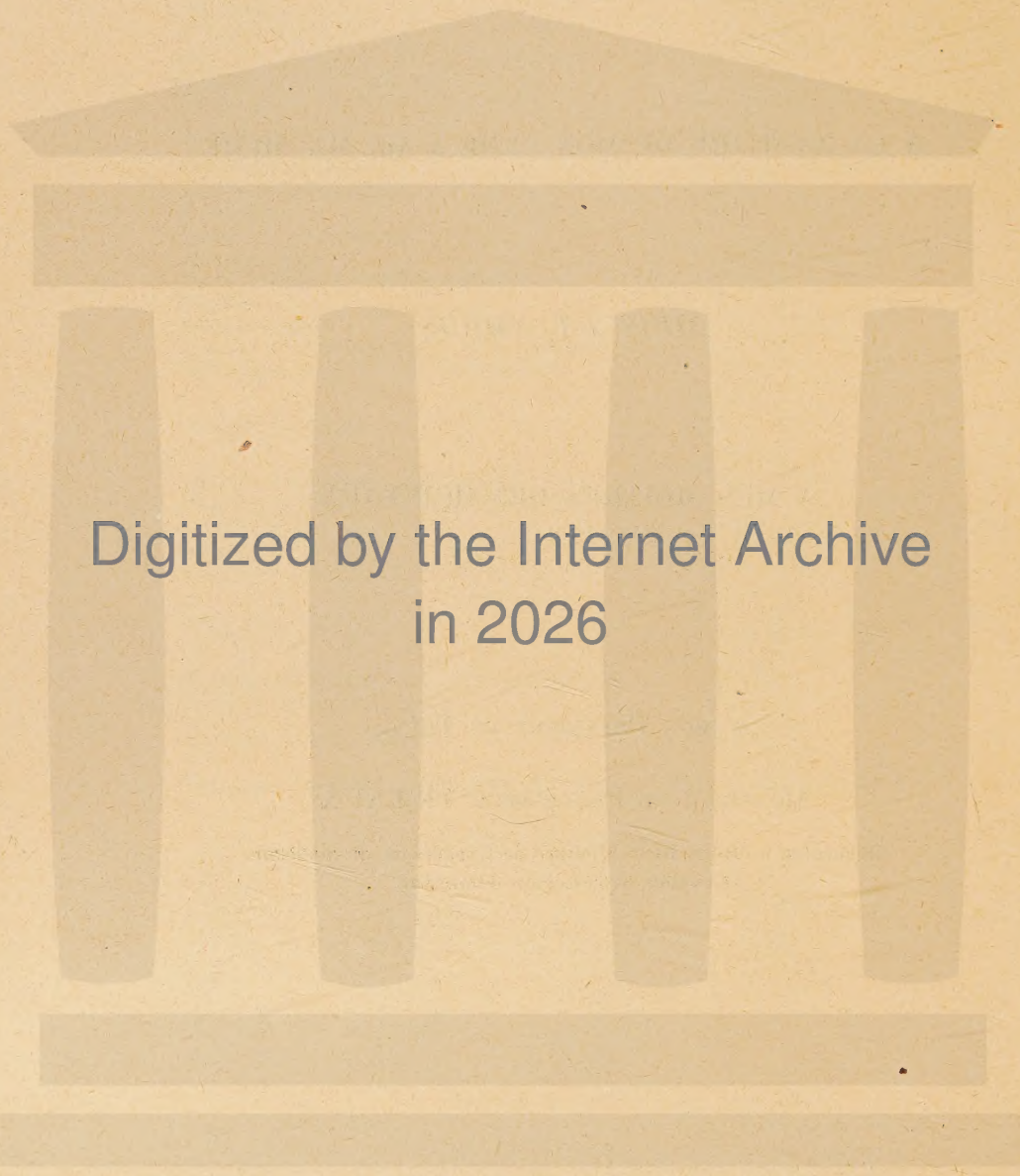
MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien à l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552012_0032

AVANT-PROPOS

Avant d'entreprendre cette étude qui fera le sujet de notre thèse inaugurale, qu'il nous soit permis d'affirmer toute notre reconnaissance à nos maîtres des Hôpitaux, MM. Ollivier, Hanot et Monod, qui ont bien voulu nous laisser remplir, tour à tour, dans leur service, les fonctions d'externe.

A l'hôpital des Enfants-Malades, où nous avons passé notre première année d'externat, M. Ollivier s'est efforcé de nous faire surmonter les difficultés qu'un débutant rencontre à chacun de ses pas. Il nous a fait profiter de sa longue expérience, en nous enseignant comment on peut parvenir à déchiffrer les problèmes de la clinique infantile chez ces petits malades qui n'ont encore, comme langage, que les cris et les gestes pour mettre le médecin sur la voie du diagnostic de leur localisation morbide.

Puis dans les salles de M. Hanot, à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons, sous la direction de cet excellent maître, abordé l'étude des affections médicales de l'adulte : c'est là que, chaque matin, au pied du lit du malade, nous avons pu suivre ses leçons si recherchées et si appréciées de ses élèves. Nous en avons retiré ces deux grands principes : que les erreurs de diagnostic tiennent le plus souvent à une in-

suffisance d'examen et qu'un médecin ne doit jamais désespérer dans la lutte qu'il engage tous les jours contre la maladie.

Enfin notre dernière année d'externat a été consacrée à l'étude de la clinique et thérapeutique chirurgicales. Dans le service de M. Monod, nous avons pu constater les conquêtes de la chirurgie contemporaine ; auprès de ce maître si affectueux, nous avons appris que le chirurgien peut et doit, aujourd'hui, par une prudente et consciencieuse intervention, arracher à la mort des malades qui, autrefois, eussent été irrémédiablement condamnés.

Que ces trois maîtres reçoivent ici, publiquement, l'hommage de nos plus sincères remerciements.

Nous avons fait aussi, pendant le cours de nos études médicales, différents stages dans les maternités ; dans le service de M. le Professeur Pinard, alors suppléé par M. Varnier, à la clinique Baudeloque, et dans celui de M. Budin, à l'hôpital de la Charité. Là, nous avons vu comment, par une antisepsie rigoureuse, ces deux maîtres ont pu supprimer la grande cause de mortalité qui dévastait autrefois nos maternités.

Nous voudrions dire aussi à M. le Dr Delorme, professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce, combien nous lui sommes obligés pour la complaisance qu'il a mise à nous renseigner sur plusieurs points de notre travail et pour les observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

Enfin, que M. le Professeur Tillaux agrée l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Le 20 juillet 1892, entrant à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Monod, un malade chez lequel on diagnostiqua une angine de Ludwig. L'attention des chirurgiens venait précisément d'être ramenée sur cette affection par des discussions qui occupèrent à ce moment plusieurs séances de la Société de Chirurgie. C'est alors que notre maître nous donna le conseil d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous ne possédions qu'une seule observation personnelle : avec un si mince bagage, nous hésitâmes à entreprendre l'étude d'une affection dont l'existence même était contestée. Nous nous mîmes cependant à l'œuvre, et en feuilletant la littérature médicale, nous avons rencontré un certain nombre d'observations, parmi lesquelles cependant nous nous sommes vu forcés de faire un choix. Il nous a semblé en effet que certaines d'entre elles, publiées sous l'étiquette « Angine de Ludwig », n'étaient que la relation de vulgaires adéno-phlegmons ou autres affections de la région cervicale.

De la lecture de ces documents cliniques, nous sommes sortis convaincus qu'il existait bien, quel que soit le nom

qu'on veuille lui donner, une affection à localisation spéciale et à symptômes particuliers qui lui donnent droit à une place dans le cadre nosologique. C'est ce que nous allons démontrer dans les différents chapitres de ce travail.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — PROF. LUDWIG (1).

Madame N., d'une bonne constitution et d'une santé jusqu'alors toujours florissante, eut, vers la fin de décembre 1835, à la région cervicale gauche, près de la glande sous-maxillaire, une tumeur qui, au bout de quatre jours, avait atteint le volume d'un œuf de poule. Elle était très dure, à bords tranchés, médiocrement sensible au toucher, immobile et comme adhérente au bord de la mâchoire. La peau qui la recouvrait n'était point rouge. La malade attribuait le développement de cette grosseur à des refroidissements répétés.

Le lendemain (cinquième jour de la maladie), la tumeur, qui avait été frictionnée avec un onguent composé de liniment volatil et d'onguent mercuriel, au lieu de diminuer,

(1) Ueber eine neue Art von Halsentzündung Wurtemberg. Corresp. blatt., 1836, t. VI, n° 4, p. 21. Gazette médicale de Paris, 1836, p. 573.

s'était au contraire étendue en arrière jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure, et en bas jusqu'au bord de l'os hyoïde; elle était devenue plus saillante. L'ouverture de la bouche était un peu gênée. Le docteur Ludwig reconnut bientôt, non sans quelque crainte, la véritable nature du mal; il conseilla aussitôt à la malade de garder le lit, quoique rien dans son état général n'indiquât encore la gravité de la maladie, et que le pouls fût à peine excité. Il fit appliquer six sangsues sur la tumeur, qu'on recouvrit ensuite de sachets de son échauffé; à l'intérieur il recommanda l'esprit de Mindererus par cuillerées à café dans une infusion de tilleul.

Le sixième jour, la tumeur, dont les bords sont toujours durs et tranchés, s'avance vers le menton; la muqueuse pharyngienne présente une couleur érysipélateuse; la déglutition est difficile; la paroi inférieure de la bouche se gonfle, devient rouge, et présente tout le long du bord interne de l'os maxillaire inférieur un gonflement et une dureté caractéristiques. Fièvre intense, soif, enduit blanc jaunâtre de la langue; sueurs; urine et selles naturelles. (Application d'une chaleur sèche sur la tumeur; vésicatoire à la nuque; eau de guimauve miellée pour gargarisme; à l'intérieur tartre émétique, acétate de potasse et vin d'antimoine dans une infusion de camomille.)

Du septième au neuvième jour, le mal local s'accroît dans toutes les directions; la tumeur s'étend à gauche jusqu'à la glande parotide, à droite jusqu'au delà de la sous-maxillaire de ce côté, sans que ces organes eux-mêmes soient tuméfiés. En bas, elle dépasse le larynx qu'on ne retrouve plus, et elle fait en dehors une saillie considérable. La paroi

inférieure de la bouche est d'un rouge foncé, et le bourrelet calleux qui contourne intérieurement l'os maxillaire inférieur, a repoussé la langue en haut et en arrière; celle-ci se meut avec peine dans la cavité buccale. La difficulté de la déglutition a augmenté : la voix est altérée et a un son croupal ; l'ouverture de la bouche permet à peine l'introduction d'un doigt. A partir du septième jour, les signes d'inflammation de la muqueuse pharyngienne avaient presque entièrement cessé; mais il s'était formé une sécrétion abondante de mucus dans le gosier. Fièvre vive, continue; sommeil souvent interrompu; rêves effrayants : parfois soubresauts des tendons; face rouge, yeux saillants, soif intense; les vomissements qui avaient suivi l'administration de l'émétique ont cessé. Des frictions faites avec deux parties d'huile de croton tiglium et une partie d'huile d'amandes douces, ainsi que des cataplasmes irritants, ont produit sur la tumeur et dans les parties environnantes un érythème très intense et très douloureux, ainsi qu'une éruption de forme miliaire. Comme la tumeur menace de passer à l'état de gangrène, on applique quinze sangsues et un cataplasme émollient; on augmente la suppuration du vésicatoire à la nuque, et on place sur le milieu de la tumeur un morceau de pierre infernale de la grandeur d'une pièce de cinq sous. A l'intérieur, on administre le tartre stibié associé à l'ipécacuanha; et après l'effet du vomitif, une mixture composée de la potion de Rivière, de vin d'antimoine et de manne, dans une décoction de valériane.

Dixième jour. Vomissements abondants et plusieurs selles bilieuses suivies d'un sentiment de repos et de bien-être; fièvre et soif diminuées; langue moins blanchâtre. Le caustique a

produit une large escarre; l'éruption produite par l'huile de croton est des plus vives : le mal local n'a point augmenté; il y a même moins de difficulté dans la déglutition. (Mixture et cataplasme comme les jours précédents).

A partir de ce jour, la tumeur et la fièvre vont toujours en diminuant, quoique avec lenteur : d'abord le muscle sterno-cleido-mastoïdien, puis le larynx, commencent à se dégager; la bouche s'ouvre plus facilement; la rougeur de sa paroi inférieure diminue : le rebord calleux le long du côté interne de la mâchoire inférieure se ramollit de derrière en avant; la langue devient plus libre, la parole plus facile; plus tard la tumeur a entièrement quitté le côté droit du cou, et ne s'étend plus qu'au menton : on observe qu'elle suit, en diminuant, la même marche que dans son développement. La résolution se fait graduellement et d'une manière égale dans toute l'étendue de sa circonférence, de manière que partout ses bords durs et tranchés restent en contact immédiat avec les portions déjà revenues à leur état naturel. On peut remarquer ici encore que ce ne sont pas les glandes sous-maxillaire et sub-linguale, mais bien leur tissu cellulaire environnant qui avait été altéré. La dureté de la bouche se dissipe de la même manière; l'exanthème diminue. On fait suppurer la plaie produite par la chute de l'escarre sur la tumeur même, et on donne à l'intérieur alternativement le tartre stibié à doses refractées et une poudre de rhubarbe, de sel ammoniac et de soufre doré d'antimoine; diète sévère, régime chaud. Les cataplasmes sont encore continués pendant quelques jours, puis on les remplace par des sachets chauds. La tumeur revenue à sa grosseur primitive, ne se dissipe que lentement et d'une ma-

nière graduelle et presque insensible. Trois semaines après le commencement de la maladie, alors que Madame N. avait repris déjà toutes ses forces, il existait encore quelques vestiges de tumeur, qui n'auront pas tardé à disparaître.

Nous avons tenu à reproduire telle que nous l'avons trouvée dans la Gazette médicale de Paris, la première observation de cette affection à laquelle le professeur Ludwig a laissé son nom, parce quelle donne une idée très juste de sa marche et de sa symptomatologie. Quant au traitement, si nous l'avons transcrit point pour point, c'est pour mieux le faire comparer à celui que nous proposons à la fin de cette étude.

OBSERVATION II. — PROF. HEIM (1).

Steinbein, âgé de 32 ans, officier au 6^e régiment d'infanterie, de constitution robuste, sans antécédent morbide, est admis à l'hôpital le 15 août 1823, pour une tuméfaction indurée de tout le côté gauche du cou. La tumeur, attribuée à un refroidissement, avait débuté quelques jours auparavant dans la région de la glande sous-maxillaire gauche. Au moment de l'admission, la peau ne présentait aucune rougeur ; la tumeur était très dure, au point que la pression du doigt

(1) Böhler G. Thèse de Paris, 1884-85, p. 17.

ne laissait pas de trace sur la peau. Les mouvements de la bouche étaient limités et douloureux, la déglutition gênée dès le début; le malade ne pouvait avaler que des liquides. Dans la cavité bucco-pharyngienne, ni rougeur, ni gonflement. Respiration normale.

Les jours suivants, la tumeur ne cessa de s'accroître en tous sens, au point qu'elle était descendue jusque sur le larynx et jusqu'au dessous de la clavicule.

La dureté et la plénitude du pouls augmentent ainsi que la gêne de la respiration.

Le 20. Anxiété de plus en plus grande du malade, face congestionnée, respiration gênée.

Au bout de deux jours, on perçoit un peu de ramollissement à la partie la plus inférieure; incision à ce niveau, il s'écoule de la plaie un liquide purulent, très fétide.

L'ouverture de l'abcès ne procura aucun soulagement au malade, la tête devint absolument immobile, la déglutition impossible. Pouls petit, fréquent; respiration très gênée, dyspnée intense. Mort par asphyxie le 28 août, le treizième jour de son séjour à l'hôpital.

Autopsie. L'abcès sous-maxillaire s'était ouvert en plusieurs points isolés, tant à l'extérieur que dans la cavité pharyngienne; il s'écoulait de toutes ces ouvertures du pus extrêmement fétide avec des débris de fibres musculaires détruites et de tissu cellulaire gangrené. La peau était saine. Une incision longitudinale depuis le menton jusqu'au sternum permit de voir la mortification complète de tous les muscles situés au-dessus et au-dessous de l'os hyoïde; les muscles du larynx étaient presque complètement détruits. En arrière les destructions s'étendaient jus-

que dans le voisinage de la carotide et des veines jugulaires. Dans la région du maxillaire inférieur tous les muscles ainsi que le tissu cellulaire environnant étaient transformés en une masse putride, très fétide, qui communiquait au niveau de l'angle du maxillaire, avec le pharynx. La muqueuse du larynx et de la trachée était colorée en noir, comme gangrenée. Les ventricules de Morgagni contenaient des mucosités épaisses, gris noirâtre. Autres organes normaux.

OBSERVATION III. — HÖRING (1).

Enfant de cinq ans. La tumeur occupe principalement le tissu cellulaire qui entoure la glande sous-maxillaire, elle a le volume d'un petit œuf de poule et est dure comme la pierre. Ses dimensions augmentent encore les jours suivants. Plancher de la bouche soulevé. Dysphagie. Dysphonie. Fièvre très intense.

Traitement : Vomitif, sangsues, cataplasmes.

Au bout de quatre à cinq jours, regression des phénomènes sans qu'il y ait eu suppuration.

(1) Böhler G. Thèse de Paris, 1885, p. 21.

OBSERVATION IV. — HÆRING (1).

Enfant de 2 ans, malade depuis dix à douze jours.

Il s'était montré au-dessous du maxillaire gauche, une tumeur qui avait progressivement envahi toute la moitié du cou.

L'enfant avait perdu connaissance. Respiration râlante, visage pâle, joues et lèvres livides, paupières à moitié fermées, pupilles très dilatées. La bouche était presque complètement fermée. La mâchoire inférieure immobile, à chaque expiration il se pressait entre les lèvres une écume brunâtre. Pouls extrêmement petit et irrégulier.

Au niveau du cou la tumeur, très proéminente, s'étendait depuis le maxillaire inférieur, auquel elle adhérait solidement, jusqu'à la clavicule. Elle était très dure; cependant il semblait qu'il y eut un peu de fluctuation en quelques points isolés.

Mort au bout de deux heures. Pas d'autopsie.

(1) Böhler G. Thèse de Paris, 1885, p. 21.

OBSERVATION V. — LEUBE (1).

Catherine F..., 28 ans, domestique, d'une bonne santé habituelle, se sentait depuis quelque temps très fatiguée. De temps en temps, douleurs dans les membres et dans la région lombaire. Néanmoins, elle a encore travaillé dans le jardin, ces jours derniers, par un temps pluvieux et froid. Quand je vis la malade le 6 juin, je lui trouvai de la fièvre, de l'inappétence et de la courbature. Elle se plaignait en outre de maux de tête et d'une douleur dans la gorge au moment de la déglutition. A part une insignifiante rougeur de la muqueuse bucco-pharyngienne, je ne trouvai rien d'anormal au cou. Pouls lent et dur; langue humide et recouverte d'un enduit blanchâtre; peau sèche, brûlante au front; sur le reste du corps température normale. Saignée, solution de sel de Glauber, élixir de Haller.

7 juin. — Etat général le même que la veille. Déglutition encore plus difficile. Comme la faible rougeur de la gorge n'était pas en rapport avec la difficulté de la déglutition, j'examinai plus minutieusement la région du cou, et je trouvai derrière le menton, sous la langue, une induration peu appréciable. Infusion de séné.

8 juin. — La nuit avait été agitée et troublée par les rêves

(1) Boehler G. Thèse de Paris, 1885, p. 30.

les plus pénibles. Gêne de la respiration, anxiété. Du côté gauche, bouffissure de la face et, de plus, l'induration si peu marquée la veille, avait la grosseur d'un gros œuf de poule et occupait tout l'espace situé entre le maxillaire et l'os hyoïde. La peau sus-jacente était mobile, sans rougeur, ni chaleur, pas de douleur à la pression. Sur les côtés, au-dessous des oreilles, le cou était très peu tuméfié, et nulle part, surtout sous l'angle du maxillaire inférieur, dans la région qui correspond aux amygdales, la pression du doigt ne provoquait de douleur. Mouvements de la bouche limités; la langue peut être tirée à peine au-delà de l'arcade dentaire, mais elle n'est pas tuméfiée. Sous la langue, à la face interne du maxillaire inférieur, bourrelet rouge, bleuâtre et très dur. Au toucher, aucune région de la bouche ne paraît douloureuse, et l'examen des dents ne montre rien d'anormal,

Deux fonctions paraissaient particulièrement troublées par cette affection locale : la déglutition et la phonation. La première n'était pas aussi douloureuse que difficile. La malade arrivait encore, au prix de grands efforts, à avaler une première cuillerée de liquide, mais à la seconde il lui semblait qu'elle avait dans la gorge une montagne qui rendait impossible tout mouvement de déglutition. La voix et l'articulation des sons étaient caractéristiques : toutes les lettres linguales, mais surtout celles qui sont formées par la racine de la langue, ne pouvaient être prononcées que difficilement, ou devenaient presque absolument incompréhensibles.

A ce moment, les principaux symptômes étaient les suivants : pendant le jour, fièvre modérée, nullement en rapport avec l'agitation et l'anxiété; température presque normale, pouls régulier mais dur; haleine ni brûlante ni fébrile,

sécrétions amoindries ; peau sèche, urine d'un rouge sombre et en petite quantité, langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre ; pas de râles dans la poitrine. Vers le soir, exacerbation de la fièvre et, en même temps, aggravation de tous les symptômes. Sangsues derrière les oreilles, vésicatoire à la nuque, lotions vinaigrées.

Le 9. — Le calme est revenu vers le matin, et avec lui tous les autres symptômes se sont amendés. La déglutition est un peu plus facile. La face paraît moins tuméfiée, et par cela même le gonflement sous-maxillaire semble plus volumineux, il a conservé la même dureté et la même indolence. Le bourrelet sous-lingual paraît un peu plus mou, la bouche s'ouvre toujours à peine assez pour laisser passer le petit doigt.

Dans l'après-midi, nouvelle recrudescence des symptômes d'asphyxie et d'étouffement.

Le 10. — La tuméfaction sous-maxillaire paraît être plus molle, plus aplatie, et pour la première fois la palpation provoque des douleurs qui semblent siéger vers l'os hyoïde. Respiration plus libre. Parole également plus distincte. La malade avale plus facilement, il lui semble que l'obstacle à la déglutition siège plus profondément. Symptômes généraux moins intenses.

Le 11. — La tumeur a encore diminué de volume, elle est plus molle. Les mouvements de la bouche sont un peu plus faciles ; la langue, toujours couverte d'un enduit épais blanchâtre, peut se mouvoir quelque peu. Parole et déglutition moins douloureuses.

A partir de ce moment les symptômes locaux et généraux s'amendèrent rapidement. La malade avait la sensation

d'une ulcération dans sa gorge, mais l'examen direct ne fit voir aucune ouverture fistuleuse; de plus la malade n'avait jamais rejeté de pus dans son expectoration. Elle put quitter le lit vers le 16 juin.

OBSERVATION VI. — HEYFELDER (1).

G... (F.), 37 ans, figure pâle, d'aspect cachectique, gouteux depuis environ sept ans.

Vers la fin du mois d'août de 1837, il fut exposé, se trouvant en voyage, à des refroidissements répétés, à la suite desquels il se sentit très fatigué.

Le 30 août, courbature, douleurs dans les reins, frissons répétés, suivis de bouffées de chaleur. En même temps, douleur très vive dans le côté droit du cou. Fièvre modérée. Nuit agitée.

Le 31. — Au-dessous du maxillaire inférieur et au niveau de la glande sous maxillaire du côté droit, on constate une tumeur grande comme un œuf d'oie, un peu sensible au toucher, d'une dureté extrême. Les mouvements de la tête sont gênés, la déglutition est douloureuse. A l'inspection de la bouche, on voit les amygdales tuméfiées mais non enflammées. L'isthme du gosier est rouge, la langue humide et un

(1) Böehler G. Thèse de Paris, 1885, p. 35.

peu chargée dans son milieu. Pouls accéléré, peau chaude. Constipation.

Le 1^{er} septembre. — La tumeur a beaucoup grossi : elle s'étend du menton et du milieu de l'os hyoïde, jusqu'au-delà de l'angle du maxillaire inférieur. Elle est plus proéminente en haut, immobile et insensible à la pression ; au toucher, elle donne la sensation d'un morceau de bois. La peau sus-jacente présente une coloration normale, elle n'est pas tendue ; au contraire, parfaitement mobile sur la tumeur. La bouche ne s'ouvre qu'au prix de vives souffrances ; la langue est projetée en arrière. Parole et déglutition difficiles, mais non douloureuses.

Dans cet état, l'examen de l'arrière-bouche était impossible. En avant, sous la langue, il est facile de constater avec le doigt une tumeur dure, formant bourrelet à la face interne du maxillaire. Soif vive. Pas d'appétit. Pouls un peu accéléré. Coloration ictérique des yeux, peau sèche et brûlante, et, enfin, prostration assez considérable.

Le 2. — Même état général. Langue plus chargée, salivation exagérée, haleine fétide, voix rude et incompréhensible. Déglutition de plus en plus difficile. Le bourrelet du plancher de la bouche est resté stationnaire. Au dehors, la tuméfaction a progressé dans tous les sens.

Le 3. — Faiblesse plus grande. Insomnie. La bouche est remplie d'une masse abondante de mucosités dont le malade n'arrive pas à se débarrasser.

Le 4. — La prostration des forces est toujours plus grande. La tumeur est également plus étendue, elle est toujours d'une dureté extrême. Peau sus-jacente normale. Déglutition presque impossible, Les mâchoires ne peuvent plus se

séparer que de quelques lignes. Respiration courte et fréquente. Voix inintelligible. Pouls fréquent. Fièvre continue. Vers le soir, la tumeur semble être un peu moins dure, quelque peu empâtée. Nuit extrêmement agitée. Délire qui ne cessa que vers le matin.

Le 5. — En certains points, la tumeur du cou est molle, se laisse déprimer et crépite sous la pression du doigt. La déglutition semble un peu plus facile, la bouche aussi s'ouvre davantage. État général plus mauvais. Pouls fréquent et mou. Urine plus trouble. Peau humide et gluante. Respiration plus courte et plus fréquente.

Une ponction pratiquée en l'un des points ramollis de la tumeur donne issue à une quantité abondante de pus fétide, d'un rouge sombre, mélangé avec des bulles de gaz.

Le 6. — La tumeur s'étant notablement ramollie, on incise la peau depuis le menton et l'os hyoïde jusqu'au delà de la parotide, il s'écoule de la plaie du pus fétide, d'un rouge sombre, toujours mélangé à des gaz et à des débris de tissu cellulaire gangrené. État général de plus en plus mauvais. De temps en temps, accès d'oppression. Délire permanent. Pouls petit et fréquent. Sueurs alternant avec chaleur sèche. Respiration haletante, abdominale.

Le 8. — Coma qui ne cessa qu'avec la mort qui survint le lendemain, 9 septembre,

Autopsie vingt heures après la mort. La peau du cou sus-jacente à la tumeur, était saine. Par contre, tout le tissu cellulaire de cette région était mortifié et converti en une masse sombre sale, imprégnée de pus fétide et de gaz. Les glandes salivaires étaient d'un bleu pâle à la périphérie, normales dans la profondeur. La moitié droite du corps

thyroïde présentait également un aspect bleu pâle, la moitié gauche était intacte. Le nerf vague et le récurrent, dans leur trajet du cou, étaient d'un rouge sale; les muscles avaient perdu leurs rapports à la suite de la mortification du tissu cellulaire qui les entoure. Rien d'anormal au niveau du maxillaire inférieur, dont le périoste était intact. Les muqueuses de la cavité buccale, de la langue, du pharynx et du nez, étaient un peu gonflées et recouvertes d'un mucus grisâtre. Les amygdales étaient saines. La muqueuse du larynx et de la trachée présentait un aspect livide et était recouverte par un mucus sale et adhérent.

Petits abcès disséminés dans les lobes inférieurs des deux poumons.

Cœur flasque, mou, petite quantité de liquide trouble dans le péricarde.

Foie petit, mou, légèrement congestionné; le lobe droit était ramolli.

Rate molle, capsule peu adhérente.

Rein droit mou, rein gauche normal.

Cerveau. Arachnoïde de l'hémisphère droit épaissie et gorgée d'un liquide laiteux. Pie mère du même côté très injectée. Rien d'anormal dans les ventricules.

OBSERVATION VII. — BERMANN (1).

Jeune fille, 18 ans, bonne santé habituelle, ayant habité pendant quelques jours une maison neuve et humide, se plaignit de maux de dents le 26 août 1838.

Le 27, au soir, au niveau de ce même côté gauche, tumeur dure, très peu douloureuse, occupant la région parotidienne et s'étendant en bas jusqu'à l'angle du maxillaire. La bouche s'ouvre assez facilement; on trouve une carie de la deuxième molaire gauche inférieure et une périostite alvéolo-dentaire à ce même niveau. Pas de fièvre.

Le 28. — Nuit mauvaise. L'abcès s'est ouvert sur le côté externe de la dent malade et il s'en écoule une masse de pus fétide. La tuméfaction extérieure n'a pas diminué, elle est d'une dureté extrême; le doigt n'y laisse aucune empreinte; la peau sus-jacente a conservé sa coloration normale. La tuméfaction fait saillie dans la bouche, les glandes sublinguales sont très tuméfiées, forment un anneau dur autour de la langue qui est repoussée en haut contre la voûte palatine. Voix altérée, rauque, voilée, étouffée, gêne considérable de la déglutition. Rien d'anormal dans la gorge.

Le 29. — La tumeur s'est ouverte spontanément sous la langue et laisse échapper du pus fétide mêlé à du sang. A l'extérieur, le gonflement progresse toujours, il a envahi la face antérieure du cou et s'étend jusqu'à l'angle de la mâ-

(1. Böhler G. Thèse de Paris, 1885, p. 38.

choire du côté opposé et en bas jusqu'au sternum. Déglutition et respiration très pénibles. Délire. Fièvre.

Le 30. — Nuit agitée, délire continu, dyspnée considérable. La tumeur a envahi une grande partie du thorax en avant; elle a conservé sa dureté ligneuse, mais la peau sus-jacente est rouge violacé. Déglutition de plus en plus entravée.

Le 31. — Pas de sommeil la nuit; délire continu, soubresauts des tendons. Voix étouffée. Dyspnée extrême. Déglutition impossible.

1^{er} Septembre. — Etat général de plus en plus mauvais. Oppression continue. La malade est plus calme, indifférente aux personnes de son entourage.

Le 2. — Application sur la tumeur de nitrate d'argent en poudre; consécutivement, escarre cutanée noire de la largeur d'une pièce de 50 centimes, mais les parties sous-jacentes restent dures, sans présenter trace de fluctuation. Coma profond.

Mort le 4 septembre.

Autopsie, trente-six heures après la mort.

Une incision longitudinale, étendue depuis le menton jusqu'au sternum, laisse voir une mortification complète de tous les muscles de la région, il est impossible de reconnaître leur structure; des débris volumineux du tissu cellulaire nécrosé nagent dans une masse considérable de pus fétide.

Epiglottite détruite. Muqueuse du larynx et de la trachée tuméfiée et recouverte d'un enduit muqueux visqueux.

A la face interne du maxillaire inférieur, fistule communiquant avec le foyer gangréneux.

Muqueuse du pharynx et de l'œsophage noirâtre.

OBSERVATION VIII. — TIMPE (1).

Un condamné militaire, 29 ans, de taille élancée, ayant présenté dans son enfance des gourmes et des ganglions tuméfiés, présenta le 16 novembre 1840, après avoir travaillé dans l'eau, une tumeur dure, non douloureuse, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, et siégeant à l'angle du maxillaire inférieur, du côté gauche. Peau normale, mobile sur la tumeur. Mouvements de la bouche limités et douloureux. La gencive correspondante à la tumeur extérieure est rougeâtre, indolore, quelque peu gonflée. Le voile du palais et les amygdales ni tuméfiés, ni enflammés. Voix étouffée, presque éteinte.

Le 17. — Pas de changements au niveau du cou. Dans l'intérieur de la bouche, tout le long de la face interne du maxillaire inférieur, bourrelet saillant qui repousse la langue en haut et en arrière.

Voix plus rauque, plus faible.

Le 18. — La tumeur s'étend depuis l'oreille jusque sur la face antérieure du larynx. Gonflement de l'amygdale gauche, du voile du palais et de la luette. La langue se meut difficilement. Pas de fluctuation.

Le 19. — Nuit agitée, sans sommeil. Céphalalgie intense. Pouts petit, 110 pulsation. Faiblesse croissante. Tuméfactions

(1) Behler G. Thèse de Paris, 1885, p. 40.

tion toujours dure sans fluctuation. Douleurs et bourdonnements dans l'oreille gauche. Aphonie. Déglutition très douloureuse. Le soir, 120 pulsations; peau brûlante, délire.

Le 20. — Prostration extrême; déglutition impossible. Les dents ne peuvent plus s'écarter les unes des autres. Salivation exagérée. Respiration pénible et stertoreuse.

La tumeur a envahi en arrière la nuque et descend en avant jusque sur le sternum.

Le 21. — Même état que la veille. Délire. Dyspnée intense. Pas trace de fluctuation.

Le 22. — La peau qui recouvre la tumeur est livide. Voix toujours éteinte. Difficulté extrême d'avaler.

Le 23. — Etat général plus mauvais. Au-dessous de l'angle du maxillaire, incision parallèle à cet os; le bistouri pénètre difficilement à cause de la dureté des tissus. La plaie donne issue à une grande quantité de sang; pas trace de pus. Au moyen d'un stylet, on extrait de la profondeur de la tumeur des débris de tissu cellulaire mortifié.

Vers le soir, il s'écoule de la plaie un peu de pus fluide, jaunâtre, mélangé à des débris de tissu cellulaire gangrené,

Le 24. — Pendant la nuit, ouverture spontanée du phlegmon dans la cavité buccale, il s'en écoule une masse abondante de pus fétide. Etat général considérablement amélioré. Dyspnée bien moins intense, déglutition plus facile.

Le 25. — La suppuration continue, le pus s'échappe à la fois et par la bouche et par la plaie extérieure.

Etat général satisfaisant, les forces reviennent peu à peu, malgré la longueur de la suppuration; guérison complète vers la fin de janvier 1841.

OBSERVATION IX. — ZILLNER (1).

M. B..., 30-ans, folie furieuse depuis trois ans. A la suite d'un refroidissement, tumeur dure, non douloureuse au niveau de la joue gauche.

Vers le 7^e jour, frissons, agitation, délire.

Le 9^e jour, ouverture spontanée de l'abcès dans la cavité buccale, au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, écoulement abondant de pus sanieux. La tuméfaction n'en progresse pas moins, en avant, jusque vers la clavicule.

Le 12^e jour, seconde ouverture spontanée de l'abcès, à l'extérieur, au-dessous du maxillaire inférieur.

Mort le 14^e jour.

Autopsie. Toute la région tuméfiée crépite sous le doigt. La peau sus-jacente présente un aspect rouge bleu. Le tissu sous-cutané est granuleux, blanc, dur et résistant. Au niveau de la région sus-hyoïdienne, au-dessus du plancher de la bouche tous les organes, muqueuses, tissu cellulaire, muscles sont transformés en une masse putride, extrêmement fétide; le maxillaire inférieur est décollé dans la plus grande partie de son étendue, son périoste est détruit. A la place des glandes sous-maxillaire et sublinguales, il existe une vaste cavité, remplie de pus, dont les parois sont reliées par quelques fibres de tissu conjonctif. La gaine du sterno-mastoïdien est remplie de pus.

(1) Böehler G. Thèse de Paris, 1885, p. 43.

OBSERVATION X. — D^r FINGER (1).

Femme, 29 ans, présenta une angine de Ludwig, le douzième jour d'un typhus exanthématique. Nous trouvâmes le matin la glande sublinguale et son tissu cellulaire environnant fortement tuméfiés; la langue elle-même était notablement infiltrée et repoussée par la tumeur, qui faisait saillie dans la cavité buccale, contre la voûte palatine. Respiration très gênée, ce qui pouvait faire craindre un œdème de la glotte. La malade mourut le soir, en présentant tous les symptômes de la suffocation, et on trouva à l'autopsie les lésions suivantes :

Le tissu cellulaire avoisinant les glandes sous-maxillaire et sublinguales, était infiltré des deux côtés du cou par un sérum jaunâtre purulent. Sur toute cette région du cou, le tissu cellulaire et les muscles du voile du palais, la muqueuse du pharynx et du larynx, et principalement toute la moitié gauche correspondante de la langue, étaient fortement tuméfiés, infiltrés d'une sérosité purulente d'un aspect particulièrement pâle. L'infiltration descendait jusqu'au manche du sternum.

(1) Böhler, Thèse de Paris, 1835, p. 50.

OBSERVATION XI. — A. DOIG (1).

R..., âgé de 22 ans, militaire depuis quatre ans, se plaint de voir son cou grossir depuis quelques jours. Admis à l'infirmerie le 4 février 1876, on constate, du côté gauche, un gonflement dur, douloureux, étendu à tout ce côté du cou. Les glandes parotide, sous-maxillaire, sublinguales de ce même côté sont très tuméfiées et fort douloureuses. Du côté droit, la glande sous maxillaire est également indurée, mais elle n'a pas atteint le même volume que du côté opposé. Plancher de la bouche soulevé et langue repoussée en haut. Hypersécrétion salivaire. Gêne considérable de la déglutition. Dyspnée intense. Insomnie. Anxiété paroxystique.

La peau sus-jacente à la tumeur est normale, elle est seulement un peu œdématiée au niveau de l'angle du maxillaire. Ponction à ce niveau. Pas de pus.

Mort par asphyxie le 8 février.

Autopsie quarante-trois heures après la mort. Tout le côté gauche du cou, depuis le maxillaire inférieur jusqu'au dessous de la clavicule, est transformé en une masse demi-liquide, sphacélée, répandant une odeur extrêmement fétide. Tous les tissus de la région, glandes, muscles, tissu cellulaire, sont presque complètement détruits. La portion du

(1) Bœhler G. Thèse de Paris, 1885, p. 53.

maxillaire, en contact avec la glande sous-maxillaire détruite, est décollée de son périoste. Dans la cavité buccale, on trouve la muqueuse, l'épiglotte et les replis vocaux tuméfiés, rouges et couverts d'un enduit de mucosités. Amygdales ulcérées.

OBSERVATION XII. — J. A. ERSKINE STUART (1).

Un enfant de 6 mois, bien portant, élevé au biberon, présente le 29 avril 1879, au niveau de la face antérieure du cou, une tumeur étendue de la mâchoire au sternum. Elle est indolente, d'une dureté extrême, le doigt n'y laisse aucune empreinte. Peau sus-jacente incolore, mobile. Audessous de la symphyse du menton, point noir, large comme un schilling, entouré d'une auréole bleuâtre.

Face bouffie par suite de la compression des veines du cou.

Les glandes parotide et sous-maxillaire sont également tuméfiées et d'une dureté ligneuse.

Langue sale, immobile. Mouvements de la mâchoire extrêmement douloureux, d'où impossibilité d'examiner la gorge. Pouls faible, fièvre vive, pupilles dilatées.

Mort au bout de trois jours.

Pas d'autopsie.

(1) Bœhler G. Thèse de Paris, 1885, p. 59.

OBSERVATION XIII. — R. W. PARKER (1).

Le 8 septembre 1878, un jeune enfant, K..., âgé de 12 ans, présente une petite tumeur du côté gauche, au-dessous du maxillaire inférieur, au niveau de l'angle de cet os. Cette tumeur serait survenue brusquement, au dire de la mère, quatre jours auparavant.

Le même jour, vers le soir, l'enfant s'était plaint de douleurs vives paraissant siéger dans la langue. Celle-ci se tuméfia rapidement ; elle aurait atteint, si l'on en croit la mère, quatre fois son volume normal en l'espace de deux heures. Elle dépasse l'arcade dentaire et empêche la bouche de se fermer.

C'est dans cet état que l'enfant est admis à l'hôpital. On constate, à son entrée, les symptômes suivants : des deux côtés du maxillaire inférieur, mais principalement du côté gauche, existe un gonflement considérable, très dur, sans trace de fluctuation ; les contours de cette tumeur sont mal limités, par suite d'un oedème collatéral considérable. Les joues sont un peu boursouflées. Tuméfaction considérable de la langue qui est indurée, dure, sèche et repoussée au devant des arcades dentaires.

Hypersécrétion salivaire. Déglutition et surtout respiration gênées.

(1) Böhler G. Thèse de Paris, 1885, p. 60.

Le 9. — L'enfant paraissant menacé de suffocation, on fait plusieurs incisions dans la partie du cou tuméfiée : pas trace de pus. Le même soir, toujours à cause des menaces de suffocation, la langue est incisée profondément de chaque côté de la ligne médiane.

Le 11. — Les symptômes généraux se sont améliorés, mais la langue est toujours tuméfiée, indurée, quoique à un moindre degré. Dans la cavité buccale, quantité abondante de liquide sanieux, fétide, dont au premier abord on ne s'explique pas l'origine ; mais, en soulevant la langue, on constate, au devant de sa base, vers la face interne du maxillaire inférieur, du côté gauche, un trajet fistuleux conduisant dans la tumeur sous-maxillaire. Rien d'anormal dans les autres parties de la cavité bucco-pharyngienne ; la base de la langue ne prend aucune part à l'induration.

Le 13. — L'induration de la langue a beaucoup diminué ; la tumeur externe est également affaissée en grande partie ; on y perçoit de la fluctuation.

Le 14. — Incision au niveau des points fluctuants ; il s'écoule une certaine quantité de pus fétide.

A partir de ce moment, guérison rapide.

OBSERVATION. XIV. — R. W. PARKER (1).

James W..., âgé de 7 ans, gonflement dur, douloureux,

(1) Bœhler G. Thèse de Paris, 1885, p. 63.

siégeant au-dessus de l'os hyoïde. Violentes douleurs dentaires depuis trois semaines.

Mouvements de la bouche douloureux et peu étendus ; langue indurée, fixée sur le plancher de la bouche ; le malade est incapable de la tirer hors des arcades dentaires.

En soulevant la langue, on trouve le plancher de la bouche tuméfié, rouge, induré. En arrière de la symphyse du menton, dans le voisinage du frein de la langue, un trajet fistuleux qui descendait jusqu'à l'os hyoïde et donnait issue à une certaine quantité de pus.

Rien dans le pharynx. Etat général nullement altéré. Au bout de quelques jours, l'induration au-dessous du menton présenta quelques points de fluctuation. Incision à ce niveau et évacuation d'une certaine quantité de pus.

Disparition progressive de l'induration. Aujourd'hui, les mouvements de la langue sont encore un peu limités.

OBSERVATION XV. — D^r CARTOULI (1).

Démétrius B..., d'Andros, âgé de 50 ans, bûcheron, entra à l'hôpital le soir du 4 octobre 1879. A la région sous-maxillaire droite s'était développée une tumeur dure au toucher. Il a la peau brûlante (40°), le visage rouge, les yeux bril-

(1) Γαληνισ, journal de médecine d'Athènes, n° du 23 février 1880.
Traduction du D^r A. Corlieu. Paris Médical, 1880.

lants, il parle avec peine et ouvre difficilement la bouche. Nous apprenons de son entourage que la veille il était très bien portant, et que l'apparition de la tumeur ne remontait pas à plus de deux jours.

Le 5. — Temp. m. 39°5. — Temp. s. 39°5. — La tumeur est dure comme du bois, trismus des mâchoires, déglutition impossible. A cause de la dysphagie, la sonde œsophagienne est introduite dans l'estomac et ne rencontre pas d'obstacle. Le malade passa une mauvaise nuit : dans la journée, dysphagie profonde, salivation abondante, yeux saillants, poumons congestionnés.

Le 6. — Temp. m. 39°5. — Le malade délire pendant la nuit ; dans le jour symptômes de pneumonie avec orthopnée : la tumeur est très dure ; la langue sort entre les dents. Dilatation exagérée des pupilles. On introduit deux fois la sonde œsophagienne pour alimenter le malade. Le soir, refroidissement général. La mort survient la nuit.

Autopsie. — Poumon gauche hépatisé.

Méninges congestionnées ; liquide abondant entre la pie-mère et l'encéphale. Les ventricules contenaient un liquide plus abondant qu'à l'état normal.

La région droite sous-maxillaire est dure et œdématiée ; la peau est cyanosée. En enlevant cette peau, le tissu cellulaire sous-cutané présente un aspect noirâtre : en faisant des sections on voit suinter une petite quantité de pus ichoreux, d'un aspect grisâtre. Cette altération s'étend plus ou moins dans les tissus situés au-dessus de l'os hyoïde et sous l'arcade sous-maxillaire. La glande sous-maxillaire est hypertrophiée, sclérosée, grisâtre, et à la section donne issue à une matière ichoreuse. L'infiltration ichoreuse s'étend

en profondeur et en bas jusqu'à la surface postérieure du pharynx, détruisant les tissus environnants.

Larynx et trachée; pharynx et œsophage indemnes.

OBSERVATION XVI. — D^r E. TORDEUS (1).

Petite fille, née le 27 septembre 1883, nourrie au sein, à l'hospice des Enfants-Assistés, tombe malade le 18 novembre. Vomissements, fièvre, agitation. Impossibilité absolue de téter; la langue est refoulée en haut et appliquée contre le palais par une tumeur dure faisant corps avec une tuméfaction bien circonscrite de la région sous-maxillaire droite.

Le 28. — Amélioration considérable provoquée par l'évacuation du pus par la bouche; la fièvre tombe, la dyspnée cesse; la tuméfaction du plancher de la cavité buccale a disparu en grande partie; l'enfant peut téter avec facilité; en exerçant une certaine compression sur la tumeur de la région sous-maxillaire, réduite de volume, on voit la cavité buccale s'emplir d'une petite quantité de pus de bonne nature.

Malgré cette amélioration, l'enfant succombe à un accès de convulsions dans la nuit du 28 au 29.

Autopsie. — On trouve un foyer de suppuration qui a détruit la glande sous-maxillaire et qui communique par

(1) Revue des maladies de l'enfance, 1885, p. 579.

une fistule avec la cavité buccale. L'abcès se trouve *logé entre les muscles hyo-glosse, mylo-hyoïdien et stylo-hyoïdien.*

OBSERVATION XVII. — TISSIER (1).

L... (43 ans), sans antécédents morbides : employé des postes, exposé à des courants d'air continus, n'a jamais trop souffert des dents ; éprouve douleur assez vive au niveau du maxillaire inférieur ; trismus léger.

Tuméfaction au niveau de l'angle de la mâchoire apparaît le lendemain : dure, immobile, peu douloureuse ; elle s'accroît avec une rapidité inouïe et dès le lendemain il entre à l'hôpital, en proie à une dyspnée intense.

Etat à l'entrée, troisième jour de la maladie : c'est un homme vigoureux, admirablement musclé, sa tête est immobile, légèrement penchée en avant, peau du cou normale comme coloration. Palpation peu douloureuse ; la tumeur dure, ligneuse, s'étend à droite, siège primitif, jusqu'à l'angle du maxillaire, soulève la ligne médiane et proémine fortement du côté gauche. La tuméfaction dépasse l'os hyoïde, mais le larynx et la trachée quoique immobiles sont perceptibles au toucher.

(1) De l'angine sous-maxillaire infectieuse, Progrès médical, 1886, n° 36.

La bouche, légèrement entr'ouverte, laisse suinter une salive assez fétide, mais sans mélange purulent. L'examen du sillon gingivolabial ne montre aucune altération. La deuxième molaire droite est cariée, mais elle n'est en ce moment nullement douloureuse, la gencive correspondante n'est ni rouge, ni tuméfiée, ni sensible à la pression.

L'écartement des mâchoires est très limité et extrêmement pénible. La langue est refoulée vers le voile du palais, le plancher rouge violacé, considérablement soulevé, la face interne du maxillaire inférieur est comme doublée d'un bourrelet dur et extrêmement adhérent. La palpation en est peu douloureuse, au niveau de la dent cariée (il en existe d'ailleurs d'autres dans la bouche), pas de douleur spéciale sur sa face interne.

Dyspnée intense ; tirage sus et sous-sternal.

Trachéotomie intercerico-thyroïdienne, soulagement notable.

Le lendemain la tuméfaction reste la même, la respiration est libre, l'état général décline.

Le soir la respiration devient irrégulière, l'inspiration est profonde, stertoreuse, 4 à 5 respirations par minute, le pouls est imperceptible.

Large incision sur la ligne médiane, il ne sort que du sang noirâtre, le stylet pénètre facilement, amène des détritüs informes. Mort dans la nuit, dans le coma.

OBSERVATION XVIII. — TISSIER (1).

Victor M..., 35 ans, sans antécédents pathologiques, employé des postes, exposé à des courants d'air continuels, travaillait avec le malade dont l'observation précède. Ces jours derniers il a éprouvé une courbature généralisée avec perte d'appétit et vague douleur dans la région de la glande sous-maxillaire gauche.

Le lendemain, il a remarqué une grosseur, peu sensible à la pression, dure, à la même région, dyspnée légère, déglutition pénible, dysphagie mécanique par suite de l'obstruction de la bouche. En même temps douleurs dans le genou gauche.

Dans la région sous-maxillaire se trouve une tuméfaction étendue ; la tête est immobilisée. A droite la tuméfaction s'étend jusqu'à l'angle du maxillaire, à gauche elle est plus étendue encore. Peau normale comme coloration, le tissu cellulaire sous-cutané est indemne : la palpation, révèle une induration ligneuse, les bords de la tumeur sont nets, pas d'œdème, d'empatement.

L'ouverture de la bouche est douloureuse et très limitée, mais néanmoins elle permet de constater l'intégrité absolue du sillon gingivo-labial ; à droite et à gauche, les dents molaires sont cariées, mais nullement sensibles, la pression sur les gencives est totalement indolore. La langue est un

(1) De l'angine sous-maxillaire infectieuse. Progrès médical, 1886, n° 36.

peu tuméfiée, peu douloureuse, mais elle est refoulée par le plancher buccal soulevé et dur, résistant au doigt, de coloration rouge intense, sillonné de veinules turgides et laissant écouler par plusieurs orifices une sanie grisâtre fétide; à l'extérieur on ne trouve pas de point fluctuant.

Face pâle, fatiguée, yeux cernés, respiration facile, un peu plus fréquente que la normale, pouls ample, accéléré. Rien au cœur, rien dans la poitrine, rien dans les urines. T. 37°5.

Le genou droit devient aussi sensible que le gauche.

Traitement. — Todd extrait de quinquina. Deux ventouses scarifiées; nettoyage de la bouche tous les 1/4 d'heure avec une solution boriquée. Cataplasmes laudanisés sur les genoux.

Le lendemain, 4^e jour de l'affection, la tuméfaction extérieure s'est encore étendue, surtout du côté gauche, le soulèvement du plancher buccal est plus prononcé; nous apprenons qu'en ville, on lui a ouvert dans le voisinage du maxillaire, la tuméfaction sub-linguale, prise d'abord pour une collection purulente. La salive, mêlée de pus sanieux, à grumeaux grisâtres s'écoule incessamment de la bouche; sous l'influence des lavages répétés d'acide borique, la fétidité de l'haleine a considérablement diminué. Alimentation facile. Constriction étroite des mâchoires. Dyspnée légère, pouls fréquent, ample, un peu dur, facies abattu. Les douleurs articulaires ont presque disparu. T. m. 39°4.

Le soir, même état. — 39°2.

5^e jour. Du côté gauche, on remarque une saillie pâteuse, vaguement fluctuante, du diamètre d'une pièce de cinq francs, au point d'application d'une ventouse scarifiée. En cet endroit peau rouge, très légèrement œdémateuse. Le malade

se plaint de vagues douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, avec les mêmes caractères que celles des genoux aujourd'hui disparues. Urines chargées, traces douteuses d'albumine.

Ouverture antiseptique au niveau de la saillie extérieure, il ne sort que du sang noirâtre et des détritüs sphacelés. Drainage. pansement de Lister.

T. m. 39°2 ; s. 38°6.

6^e jour. Injections phéniquées dans la plaie.

7^e jour. Grande défervescence matinale, suppuration abondante du côté de la plaie extérieure qui élimine les parties sphacélées.

T. 37°8.

8^e et 9^e jours. Amélioration notable.

10^e jour. Le malade ouvre plus facilement la bouche. Il mange avec appétit, quoique difficilement en raison de l'induration qui persiste toujours.

12^e jour. Sortie du malade qui revient se faire panser tous les matins.

OBSERVATION XIX. — WEISS (1).

Jeune homme de 24 ans ; carie de la dent de sagesse inférieure gauche ; fluxion de la joue correspondante, enfin le

(1) Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, séance du 23 janvier 1887, p. 52.

gonflement avait gagné toute la région sus-hyoïdienne, en déterminant une gêne considérable de la déglutition, facies pâle, grande anxiété ; fièvre intense ; inappétence absolue.

Constriction des mâchoires, d'où impossibilité d'examiner la bouche. On peut cependant se rendre compte, par l'intervalle dentaire, que la langue a acquis un volume énorme et qu'elle est collée contre la voûte palatine.

Dans la région sus-hyoïdienne, on constate un gonflement dur, profond, étendu d'un sterno-mastoidien à l'autre, sans altération notable de la peau ; mais pas de signes de collection purulente limitée.

Le diagnostic de phlegmon profond de la région sus-hyoïdienne fut porté.

Ce jour même, en présence d'accidents respiratoires fort graves, dus à la pression des voies aériennes, on pratique la trachéotomie. Après une demi-heure de respiration artificielle, le malade revint à lui.

Le lendemain avec le thermo-cautère, sur la ligne médiane, incision antéro-postérieure allant du menton à l'os hyoïde ; il *fallut sectionner le muscle mylo-hyoïdien*, à une profondeur de 4 à 5 centimètres, on trouva une collection purulente du volume d'une noisette, d'où s'écoulèrent à peine quelques gouttes d'un pus séreux, mal lié et très fétide.

Tous les accidents allèrent en s'atténuant. Le gonflement de la région sus-hyoïdienne diminua insensiblement, et la guérison fut complète au bout de trois semaines. L'extraction de la dent de sagesse fit cesser immédiatement la constriction de la mâchoire.

OBSERVATION XX. — SCHWARTZ (1).

Homme, 29 ans, marchand de vins ; alcoolique, fut pris d'un léger mal de gorge auquel il ne prêta aucune attention. Mais, rapidement, en l'espace de 48 heures, les symptômes s'aggravèrent, il se produisit un gonflement considérable dans la région située au-dessous de la mâchoire inférieure ; en même temps l'état général empira et la respiration devint tellement difficile que l'asphyxie était imminente et qu'on songea à faire la trachéotomie.

A l'examen, on constata les faits suivants : tuméfaction considérable du plancher de la bouche et du cou, qui fait que la face et le cou se continuent presque en ligne droite et donnent au masque une physionomie toute spéciale. La peau n'est pas changée de couleur, la palpation n'est pas douloureuse, le gonflement est dur, absolument ligneux, sans aucune trace de fluctuation. Il est très difficile au patient de desserrer les mâchoires ; toutefois, il peut le faire suffisamment pour que l'on puisse voir que le plancher rouge violacé et la langue sont refoulés vers la voûte palatine et masquent l'arrière-gorge ; quand on déprime la langue on peut voir les amygdales rouges foncées, peu tuméfiées, sans aucune fausse membrane. La respiration est très embarrassée surtout quand le malade essaie de s'étendre dans son lit, il y a un bruit de

(1) Bulletin de la Société de Médecine pratique, séance du 21 mars 1889.

cornage manifeste avec tirage épigastrique à l'inspiration : il y a relativement peu de dysphagie.

La fièvre est vive, le pouls fréquent et petit. Dès qu'on laisse le malade à lui-même, il a des hallucinations ; son délire a toutes les allures du délire alcoolique. Pas d'albumine dans les urines, ni de sucre.

On posa le diagnostic de phlegmon infectieux du plancher de la bouche, et l'on institua aussitôt le traitement suivant : grandes incisions, profondes de 6 à 7 centimètres environ, longues de 4 à 5, des deux côtés, dans la région tuméfiée ; puis, cautérisation profonde, avec la lame rouge du thermocautère ; cela fait, injection et lavages avec de la liqueur de Van Swieten et enveloppement humide. L'on fut frappé, pendant les incisions, de la dureté ligneuse du gonflement ; ce ne fut que *très profondément* que l'on tomba dans une cavité située à peu près sur la ligne médiane et pleine d'un liquide gris noirâtre infect, qui s'écoula par les plaies.

A l'intérieur, alcool et sulfate de quinine à hautes doses. Malgré tout, l'état empira le jour suivant, la dyspnée diminua, mais le malade succombait 48 heures après.

OBSERVATION XXI. — SCHWARTZ (1).

Jeune homme de 23 ans, maître d'hôtel, qui avait une carie de la deuxième petite molaire droite inférieure.

(1) Des phlegmons infectieux sous-linguaux. Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1892, n° 30.

Il en souffrit pendant 2 ou 3 trois jours et présenta tous les signes d'une fluxion ; en même temps, apparut rapidement, avec de la fièvre, un gonflement énorme de toutes les régions sous-maxillaires et sus-hyoidiennes, aussi bien à droite qu'à gauche. On lui fit une application de sangsues qui ne changea rien aux choses, et comme survenaient de la dysphagie et de la dyspnée, le malade entra dans le service de Demarquay, le 3 novembre 1874,

On constate l'état suivant : masque facial démesurément allongé par suite du gonflement sous-maxillaire et sus-hyoidien ; le plancher de la bouche avec la langue est repoussé en haut vers la voûte palatine ; haleine fétide. Peau sèche et brûlante. On ne constate nulle part de fluctuation, mais on est frappé de la dureté du gonflement qui est ligneux et enserre, comme un carcan, toute la région au-dessous de la mâchoire inférieure. Dyspnée intense. On ne fait aucune incision, mais la région est entourée de pansements émollients sous forme de cataplasmes ; gargarismes et prises de calomel à doses fractionnées.

Le 5 novembre, le malade crache une cuillerée à soupe d'un liquide noirâtre d'une fétidité insupportable ; presque immédiatement, détente ; gonflement moindre, impossible d'examiner la bouche à cause de la constriction des mâchoires.

Les jours suivants, sans qu'on ne trouve superficiellement aucun point fluctuant, il s'écoule encore un pus d'aspect noirâtre qui remplit absolument toute l'arrière-gorge ; peu à peu, le dégonflement se produit, les phénomènes généraux s'amendent ; enfin, le malade peut sortir guéri, trois semaines après son entrée, profondément affaibli par l'atteinte qu'il vient de subir.

OBSERVATION XXII. — SCHWARTZ (1).

Homme de 45 ans environ, voyageur de commerce, entré l'après-midi à la maison municipale de santé en 1890, pour un phlegmon grave du cou. Il avait été pris de mal de gorge, de difficultés pour avaler, deux jours auparavant ; puis, rapidement s'était déclaré un gonflement considérable de toute la partie supérieure du cou, avec fièvre et un peu de difficulté pour respirer.

À l'examen, très difficile à faire chez ce malade absolument indocile, on constate cet aspect spécial de l'allongement du masque facial ; dureté ligneuse des régions sous-maxillaire et sus-hyoidienne, douleurs excessivement vives à la moindre pression. Constriction des mâchoires rendant très pénible l'examen de l'arrière-gorge.

Le malade voulut sortir l'après-midi pour des affaires de famille et on dut remettre au lendemain toute intervention. Il rentra le soir, se recoucha et mourut subitement de syncope. L'autopsie ne put être pratiquée.

(1) Des phlegmons infectieux sous-linguaux. Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1892, n° 30.

OBSERVATION XXIII. — T.-A. JONES (1).

Un homme de 50 ans, exerçant la profession de boucher, est pris le matin d'un frisson violent et prolongé ; il éprouve de la dysphagie et ressent des douleurs intenses dans la bouche et à la région sous-maxillaire.

On l'examina à 9 heures du matin ; sa température est alors de 105° Farenheit (40°5). Le pouls : 105 ; la respiration est rendue bruyante par la tuméfaction des tissus qui entourent le larynx ; il a de la céphalée ; il se sent très abattu ; sueurs froides. En explorant la bouche, on voit que la langue est pressée contre le palais par les tissus du plancher de la bouche qui sont tuméfiés, et cette tuméfaction est même si résistante et si considérable, qu'une spatule seule peut être introduite, non sans difficulté, entre le palais et la langue, Il est impossible d'examiner le fond de la gorge, car on ne saurait songer à abaisser la langue. Le malade ne peut ni avaler ni parler et il est surprenant qu'il puisse respirer aussi facilement qu'il le fait. Les urines contiennent de l'albumine. Les tissus sub-linguaux sont couverts d'escarres. On applique des sangsues et des cataplasmes sur la partie sous-maxillaire du cou et des inhalations de vapeur d'eau sont ordonnées. Le traitement a pour effet de calmer

(1) The Lancet, 6 juin 1891. A case of Angina Ludovici.

les douleurs et la température du soir tomba à 103° Fahrenheit (39°4), mais la dysphagie et la dyspnée persistent.

Le lendemain matin la température est de 104° Fahrenheit (40°); l'œdème sous-maxillaire augmente; la peau commence à devenir rouge et l'on constate l'existence d'un phlegmon s'étendant sur toute cette partie du cou qui se trouve comprise entre les deux sterno-cleïdo-mastoïdiens. Le malade est épuisé; la dyspnée augmente. Comme les tissus sont très distendus et qu'il faut absolument les drainer, on pratique deux incisions profondes dans la ligne médiane du cou, l'une, longue de 2 centimètres et demi au-dessus de l'os hyoïde et pénétrant jusqu'au plancher de la bouche; l'autre, longue de 5 centimètres, au-dessus du cartilage cricoïde et de l'isthme thyroïdien. Les tissus incisés sont tuméfiés, sphacelés, et un liquide séreux et sanguinolent s'en échappe. Ces deux incisions soulagent manifestement le malade qui bientôt après se trouve en état d'avaler et de parler distinctement. On procède alors à l'application de fomentations chaudes, et on prescrit de la quinine et de l'aconit. Le soir, la température tombe à 101° Fahrenheit (38°3). Le malade éprouve un grand soulagement et une potion à l'alcool lui est administrée.

3^e jour. La température du matin est de 100° Fahrenheit (37°7), mais l'état général du malade n'est pas très brillant, et en effet, à une heure de l'après-midi, la température remonte à 104° F. (40°). On constate de la rougeur et de l'œdème à la région sus-sternale. On y applique des sangsues et des cataplasmes; à 11 heures du soir la température tombe à 101° F. (38°3), l'œdème disparaît et le malade se sent bien mieux.

4^e jour. Température : 100° F. (37°7). L'état du malade s'améliore ; il s'échappe toujours du liquide des deux plaies.

5^e jour. Le malade se lève, se promène, mais se sent faible ; les deux plaies se ferment.

A partir de ce jour jusqu'au dix-septième, le malade reprend graduellement ses forces et finalement guérit tout à fait.

OBSERVATION XXIV. — D^r DELORME (1).

Malade envoyé en novembre 1888, dans le service de M. Sorel, à l'hôpital Saint-Martin, avec le diagnostic d'angine, et présentant alors : fièvre intense, gonflement modéré de la région sus-hyoïdienne avec resserrement des mâchoires ; parole difficile, déglutition très douloureuse, aspect typhoïde. Les symptômes avaient commencé à s'accuser très brusquement, deux jours auparavant.

Au bout de trois jours, cet homme est évacué sur le service de M. Delorme qui constate : un gonflement uniforme, ligneux, squirreux, bilatéral de la région sus-hyoïdienne avec rougeur sombre de la peau ; la palpation est douloureuse, la fluctuation obscure, incertaine.

Le rapprochement des arcades dentaires ne permet pas

(1) Bulletin de la Société de Chirurgie. Séance du 13 juillet 1892, p. 505.

un examen complet de la bouche, mais on constate, — et le blessé en a conscience, — que la langue est refoulée par la muqueuse gingivo-linguale qui forme un gros bourrelet bilatéral. La sécrétion de la salive est incessante, les mouvements de la langue impossibles; la déglutition est des plus difficiles. Il y a de la dyspnée, menace de suffocation; l'état général est des plus graves, et la température de 38°5 le matin, monte le soir à 40°.

On était au huitième jour. Sans tarder, M. Delorme pratique une incision comme pour l'ouverture d'un adénophlegmon sous-maxillaire, tout en étant frappé, dans ce cas, de la symptomatologie si différente de celle des adénophlegmons et, en particulier, du refoulement de la langue par un gros bourrelet muqueux.

Cette incision sous-maxillaire, faite dans la région de la glande, à travers un tissu cellulaire épais de plusieurs centimètres, *n'amène pas de pus*; il contourne du doigt la glande, *pas de pus*. Le gonflement énorme de la région et l'élévation de la température ne laissant cependant pas de doute sur sa présence, il prolonge l'incision en avant vers la ligne médiane; il *dissocie, puis coupe les fibres du mylohyoïdien* et tombe dans une cavité remplie d'un *pus* assez mal lié et infect. Cette cavité est parallèle à la base de la langue et au maxillaire. Une sonde cannelée d'abord, puis l'index s'y enfoncent très librement, ce dernier jusqu'à sa base. Le siège du pus affirmait que l'on avait affaire à un phlegmon sub-lingual, à ce qu'on décrit sous le nom d'angine de Ludwig. Même incision du côté opposé, et même résultat. Pendant ces manœuvres, une certaine quantité de pus s'écoule par la bouche. Après avoir fait pencher en

avant la tête du malade, on irrigue les cavités purulentes par des jets de solution boricuée poussés à travers des tubes à drainage de 10 à 12 centimètres de long qui atteignent le fond des deux cavités sub-linguales.

L'amélioration est presque immédiate. Dans la journée, la déglutition, comme les mouvements de la langue, sont un peu moins gênés ; la température baisse, puis progressivement la sécrétion des plaies, qui avaient donné passage à des débris de tissu cellulaire les premiers jours, est progressivement peu abondante ; en dix à douze jours elle était tarie, mais il s'écoula plusieurs mois avant que ce malade retrouvât sa santé antérieure, et le bourrelet muqueux maxillo-lingual mit plus d'un mois à disparaître, affirmant tardivement le diagnostic localiste.

OBSERVATION XXV. — D^r DELORME (1).

Le nommé R..., secrétaire d'état-major, entre dans le service de M. Delorme, au Val-de-Grâce, le 5 mai 1888.

Les accidents qu'il présente avaient débuté le 30 avril dans la journée par des douleurs lancinantes au niveau d'une molaire cariée ; ces douleurs avaient été rapidement suivies d'une induration de la région sous-maxillaire droite correspondante.

(1) Bulletin de la Société de chirurgie. Séance du 13 juillet 1892, p. 506.

Le soir déjà, le plancher de la bouche était fortement gonflé, les mâchoires ne pouvaient plus s'écarter que difficilement ; la sécrétion de la salive était abondante, la sensation de refoulement de la langue nette, la déglutition difficile et douloureuse ; la parole était inintelligible, la température dépassant 39°.

Le lendemain, mêmes symptômes plus accusés. Cet homme est envoyé dans un service de médecin avec le diagnostic d'angine, tant la gêne de la déglutition est accusée.

Quand il est évacué dans le service de M. Delorme, le cinquième jour, le gonflement ligneux de la région sus-hyoïdienne s'étend du côté droit au côté gauche avec une teinte rouge sombre de la peau ; il y a de l'œdème de la face.

La température atteint 40° le soir et l'état général est alarmant.

Les caractères du gonflement sus-hyoïdien, son étendue, font songer au malade précédent et engagent à examiner la bouche.

Malgré le faible écartement des mâchoires qui admettaient à peine le petit doigt, on peut constater, par la vue et le toucher, un bourrelet muqueux considérable, d'une dureté ligneuse, en forme de fer à cheval, remplissant le sillon linguo-maxillaire des deux côtés. Ce bourrelet, qui atteint presque le niveau du rebord des dents du maxillaire inférieur, est d'un rouge vineux ; l'empreinte des dents est marquée à sa surface ; il refoule la langue en haut. On porta le diagnostic de phlegmon septique sous-lingual.

La bilatéralité du phlegmon engage M. Delorme à faire

son incision exactement sur la ligne médiane. Elle s'étend du maxillaire au-dessous de l'os hyoïde et traverse un tissu cellulaire épais de plusieurs centimètres. Malgré la profondeur de cette *incision qui dépasse le niveau des mylo-hyoïdiens*, il ne sort de la plaie que quelques gouttes de sérosité louche. Portant alors la sonde cannelée d'abord, l'index ensuite, en dehors, à droite, et séparant la face supérieure du mylo-hyoïdien, il tombe dans une cavité pleine de pus infect dans laquelle l'index s'engage en totalité et qui est limitée en dehors par le maxillaire non dénudé, la langue en dedans, le plancher mylo-hyoïdien en bas et la muqueuse en haut. Même manœuvre à gauche et même résultat.

Pendant ces débridements et ces explorations, du pus en assez grande quantité sort par la bouche en même temps que par la plaie. Expression énergique du liquide par une compression digitale extérieure, grands lavages boriqués, jusqu'à ce que l'injection sorte claire par la bouche et la plaie, le blessé ayant la tête penchée en avant ; injections boriquées dans la bouche, longs drains maintenus au fond des culs-de-sac sous-linguaux.

L'amélioration fut presque immédiate. Le malade affirme que le gonflement diminua le jour même dans la bouche et qu'il sentit sa langue devenir un peu mobile.

Cependant la température se maintient pendant quelques jours encore aux environs de 39°.

Le lendemain, le pansement est souillé par une grande quantité de liquide infect, l'haleine est des plus fétides, mais malgré les pressions les plus énergiques exercées sur

la région, les drains ne fournissent pas de pus et le malade n'en sent pas couler dans la bouche.

Grands lavages extra et intra-buccaux renouvelés plusieurs fois par jour.

Trois jours après l'incision (8 mai), le gonflement sus-hyoïdien a diminué de moitié, la déglutition est facile, la langue assez mobile, l'haleine peu fétide, et grâce à l'écartement plus grand des mâchoires, on put aisément constater le bourrelet muqueux, dur, épais d'un travers de doigt, remplissant les deux cavités linguo-maxillaires. Ce bourrelet mit plus de quinze jours à s'affaïsser progressivement.

La face externe du maxillaire inférieur se montra toujours saine et la face interne ne présentait aucun gonflement, dès qu'il fut possible de l'explorer, quelques jours après l'incision.

OBSERVATION XXVI. — D^r DELORME (1).

Le matin du 9 avril 1888, le nommé M..., soldat ordonnance, est pris de douleurs assez vives au niveau de la région sous-maxillaire; il constate bientôt un gonflement léger, de la grosseur d'une noix, dit-il. Puis progressive-

(1) Bulletin de la Société de chirurgie. Séance du 17 juillet 1892, p. 508.

ment sa salivation devient bientôt abondante, la mobilité de la langue est diminuée, la déglutition devient plus difficile, les mâchoires sont resserrées.

Il entra dans le service du docteur Delorme cinq jours après le début des accidents. On constate alors un gonflement dur, ligneux, total, plan, de la région sus-hyoidienne droite. Ce gonflement dépasse un peu la ligne médiane et se continue avec un œdème mou de la moitié correspondante de la face. La peau de la région est d'un rouge sombre. Les mâchoires sont étroitement serrées et ne permettent pas l'exploration de la cavité buccale, mais le malade a la sensation d'un obstacle apporté aux mouvements de la langue et celle d'un soulèvement de cet organe ; l'état général est grave, la température élevée.

A l'exploration extérieure du maxillaire, la muqueuse et les dents paraissent saines.

On hésita entre un adéno-phlegmon sous-maxillaire à marche suraiguë et bilatéral, ce qui est exceptionnel, et un phlegmon sublingual, tout en penchant vers ce dernier diagnostic en raison de la sensation de soulèvement de la langue. A travers un tissu cellulaire très épais, lardacé, au niveau de la loge sous-maxillaire, incision classique de l'ouverture de l'adéno-phlegmon. Il n'en sort pas de pus. L'incision fut prolongée en avant, jusque tout près de la ligne médiane, et ce n'est qu'après avoir dilacéré avec la sonde cannelée, puis coupé le mylo-hyoidien dans une plaie profonde d'au moins cinq centimètres que du pus jaune, fétide, sort en assez grande abondance. L'index est introduit dans la cavité sublinguale. Même pansement que précédemment.

Détente au point de vue de l'état général et des mouvements de la langue et de la déglutition, mais la température reste élevée à 39° le soir et dans la nuit du 14 au 15, soit 48 heures après l'incision, le malade éprouve une difficulté extrême de la déglutition, la sensation d'un manque absolu d'air, de gonflement de la langue et de l'arrière-gorge. Le médecin de garde est appelé sur le champ, il fait prendre un ipéca ; dans les efforts de vomissements faits par le malade, une poche profonde s'ouvrit-elle dans le pharynx ou bien le pus s'échappa-t-il par l'incision ? Toujours est-il que le malade éprouva un soulagement rapide.

Du 15 au 20 avril, le gonflement de la face diminue, la compression exercée sur les tissus au-dessus de l'incision fait sourdre du pus en quantité notable ; le gonflement dur de la région sus-hyoïdienne se circonscrit, la déglutition est plus facile, les mouvements de la langue moins gênés, l'écoulement du pus par le drain nul et la température, le soir, ne dépasse pas 38°, 38,5°.

Le 20 avril au soir, sept jours après l'incision, onze après le début des accidents, la température remonte à 39°, les mouvements de la langue redeviennent difficiles, la déglutition gênée, et le lendemain, on constate que la région sus-hyoïdienne gauche présente un gonflement presque aussi considérable que la droite, sans qu'il y ait cependant d'œdème de la face. Rougeur légère des téguments. Le malade fait remarquer que, de ce côté, le gonflement a paru sans avoir été précédé de l'apparition d'une nodosité sous-maxillaire.

Même incision au niveau de la glande sous-maxillaire, absence de pus, malgré le dégagement de la glande et des

ganglions; *débridement du mylo-hyoïdien, issue d'une faible quantité de pus* mal lié. Grands lavages antiseptiques extra et intra-buccaux.

Le lendemain, la température tombe à 38°; elle est normale le matin, la guérison est assurée, progressive, mais ce ne fut que le 3 mai, près de vingt jours après la première incision, que l'écartement des mâchoires entre lesquelles on pouvait introduire seulement l'index, permit de constater le gonflement dur, régulier, en forme de fer à cheval complet de la muqueuse gingivo-linguale. Il dépassait encore le niveau du liseré gingival. Il persista plus d'un mois.

OBSERVATION XXVII. — D^r DELORME (1)

Un garde de Paris, malade depuis quatre jours, entre dans le service de M. Delorme, au Val-de-Grâce, en mars 1891. Sans cause connue, il avait été pris d'un mouvement fébrile intense (39° le soir), accompagné d'un gonflement sus-hyoïdien unilatéral.

A ce moment on constata un gonflement squirrheux considérable de la région sous-maxillaire avec rougeur de la peau, sans fluctuation nette et œdème de la face; la sensa-

(1) Bulletins de la Société de chirurgie. Séance du 13 juillet 1892. p. 509.

tion de refoulement de la langue, la salivation abondante, la gêne considérable de la déglutition et, par-dessus tout, la constatation du bourrelet muqueux dur, violacé, que l'on pouvait voir à travers le faible écartement des arcades dentaires, firent porter le diagnostic de phlegmon sublingual.

Une incision pratiquée au niveau de la loge sous-maxillaire ne donna issue à aucun liquide et, *pour trouver le pus, il fallut inciser le mylo-hyoïdien*. La section de ce muscle fit sortir une quantité notable de pus bien lié, dans lequel M. Maubrac reconnut la présence du staphylocoque doré. Dans ce cas, on constata aussi avec le doigt la présence d'une cavité sous-muqueuse, mais peu étendue; pas de communication large avec la bouche. Lavages antiseptiques souvent renouvelés

Soulagement immédiat. Guérison rapide. Le bourrelet remplissant le sillon gingivo-lingual peut être constaté pendant plus de trois semaines après la guérison de la plaie.

Un point encore à relever : à partir du moment où ce malade commença à manger, il éprouva une faim et une soif insolites; l'examen des urines démontra la présence journalière de plus de 60 grammes de sucre. Or, avant l'entrée du malade dans le service, il n'avait pas présenté ces symptômes de diabète.

OBSERVATION XXVIII

(Communiquée par M. le Dr Delorme, professeur de clinique chirurgicale au Val de-Grâce; inédite).

François Q..., 24 ans, entré à l'hôpital le 23 juillet 1892. Antécédents personnels : de 8 à 12 ans, bronchites à répétition; une angine de durée assez longue; quelques maux de dents, de peu de durée.

Le 10 juillet, diarrhée qui le fait mettre à la chambre; pour cette diarrhée qui persiste, on l'envoie à l'infirmerie. Au troisième jour de son entrée à l'infirmerie, il est pris de douleurs assez vives au niveau des deux dernières molaires du côté gauche. Trois jours après la douleur disparaissait, quand le malade a vu survenir peu à peu un gonflement de sa gencive au niveau même de ses deux dents cariées. Ce gonflement augmenta peu à peu et, vers le 20 juillet, apparut une tumeur au niveau de la glande sous-maxillaire; cette tumeur s'étendait au dire du malade, de la ligne médiane de la région sous-maxillaire à l'angle de la mâchoire et du rebord du maxillaire à trois travers de doigt au-dessous. En même temps que cette tumeur dure, apparaît également un œdème mou du côté correspondant de la face; œdème marqué surtout au niveau de la lèvre supérieure et des paupières.

A l'infirmerie, le médecin-major, croyant à un abcès

dentaire, porta le bistouri sur la gencive tuméfiée ; il ne s'écoula que du sang. L'état du malade s'aggravait ; ses souffrances devenaient de plus en plus vives ; la respiration et la déglutition devenaient de plus en plus gênées. Devant cette situation alarmante, le malade fut évacué sur l'hôpital, où il fut placé dans le service de M. Delorme.

État du malade le 23 juillet à son entrée : gonflement marqué de la région sous-maxillaire ; œdème du côté gauche de la face, gêne de la respiration et de la déglutition, difficulté très grande à entrouvrir la bouche ; douleur vive au niveau du gonflement ; température 40° ; constipation depuis quelques jours.

À la palpation, on pouvait constater que ce gonflement était dur, en cuirasse, squirrheux ; sur le côté gauche du plancher buccal, entre la langue et le rebord du maxillaire, on sentait nettement un bourrelet dur, épais, résistant, formé par un épaissement de la muqueuse sublinguale ; on porta le diagnostic de phlegmon sublingual.

Le 23 juillet au soir, au moment de l'entrée, M. le chef de clinique croit devoir faire une incision au bistouri sur le rebord de la gencive, là où l'empâtement paraissait le plus considérable ; de cette incision, il ne s'écoula que du sang et un peu de pus.

Le 24 juillet, le chef de service, M. Delorme fait une incision à un travers de doigt du rebord maxillaire dans la région sus-hyoïdienne ; cette incision s'étend sur une longueur de 6 à 7 centimètres et *comprend le muscle mylo-hyoïdien*. Il s'en échappe un demi-verre de pus jaune-grisâtre, d'odeur repoussante. Grands lavages boriqués, drains, gargarismes boriqués toutes les demi-heures.

25 juillet. — On lève le pansement qui est souillé de pus, gargarismes. Amélioration sensible. L'œdème commence à disparaître.

26 juillet. — Pansement; gargarisme. On sent toujours le bourrelet derrière l'arcade dentaire.

27 juillet. — Il y a encore du pus dans le pansement, l'œdème a presque complètement disparu.

28 juillet. — Grands lavages boriqués; exploration de la plaie avec un stylet, ce qui permet de voir que la muqueuse seule sépare cette cavité de la bouche; on trouve en même temps que cette cavité se prolonge du côté de la loge parotidienne.

29 au 31 juillet. — Toujours du pus dans les pansements. Lavages boriqués, gargarismes. Le bourrelet existe toujours.

1^{er} août. — Le malade qui depuis quelques jours a commencé à manger, n'a pas recouvré d'appétit; il y a d'ailleurs de la difficulté dans la mastication; la déglutition est devenue facile. La langue est un peu sale.

5 août. — L'appétit est revenu; la langue s'est nettoyée; les selles sont régulières. Bon état général.

8 août. — Le malade ne souffre pas, mais il ne peut que difficilement ouvrir la bouche; le bourrelet a sensiblement diminué; il n'y a plus de pus dans le pansement.

17 août. — Les mâchoires étant légèrement ankylosées, on écarte avec deux doigts la mâchoire inférieure; on ne pouvait introduire qu'un doigt dans la bouche, le lendemain l'écartement reçoit une épaisseur de trois travers de doigts.

Bon état général.

31 août. — Bon état général: le bourrelet persiste toujours.

OBSERVATION XXIX

(Communiquée par M. le Dr Delorme, professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce; inédite).

Baptiste G..., 23 ans, entré à l'hôpital le 7 novembre 1892.

Le 3 novembre, après un violent mal de dents, (la deuxième molaire était cariée) le malade constate et voit se développer à la face inférieure du maxillaire inférieur droit une tumeur qui gagne bientôt la région sus-hyoïdienne, le gonflement à marche excessivement rapide ne tarde pas à gagner le bord inférieur du maxillaire gauche et la région sus-hyoïdienne correspondante; bientôt le gonflement apparaît dans l'intérieur de la bouche et s'étend jusqu'au pharynx.

Les mouvements de déglutition deviennent alors assez difficiles et le malade peut à peine avaler les corps solides; seul, les aliments liquides passent sans occasionner de douleur véritable.

Une salive abondante s'écoule de la bouche.

Température 39°,5.

A son entrée à l'hôpital, le 7 novembre, on constate un gonflement très prononcé de la région sous-maxillaire toute entière; cette tuméfaction ne dépasse pas le cartilage thyroïde. Très prononcée du côté droit, elle l'est un peu

moins du côté gauche ; l'aspect général est celui d'un fer à cheval sous-maxillaire. La peau est rouge, tendue.

A la palation, cet empatement sous-maxillaire donne la sensation de bois, contrastant avec le gonflement de la face qui est très œdémateux ; pas de fluctuation appréciable.

Le malade ouvre difficilement la bouche ; l'écartement des arcades dentaires permet seulement l'introduction d'un doigt. La langue est refoulée en haut et en arrière ; le tissu du plancher buccal est tuméfié et donne la sensation d'un bourrelet cylindroïde très dur, dans lequel les dents marquent leur empreinte ; pas de pus dans la bouche. La face externe du maxillaire est libre.

La respiration est un peu gênée ; la mastication et la déglutition sont devenues presque impossibles.

Tête penchée un peu en avant et du côté droit, côté où le gonflement est le plus considérable ; pâleur de la face, aspect des infectés.

Température 39°,5 le matin.

Urines : ni sucre ni albumine.

On porta le diagnostic d'angine de Ludwig, c'est-à-dire phlegmon sublingual.

Le 8 novembre. — Intervention par M. Delorme en présence de M. Mignon. Incision de 6 à 8 centimètres au dessous du menton, suivant une ligne parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur à un travers de doigt du bord inférieur. La peau et le tissu cellulaire d'une épaisseur de 2 centimètres et demi furent incisés sans trouver de pus ; on arriva ainsi sur la face inférieure du mylo-hyoïdien. Avec la sonde cannelée, *on débride* parallèlement au bord inférieur du maxillaire *le mylo-hyoïdien* dans une étendue

de 3 centimètres environ. Immédiatement issue de la quantité d'un dé à coudre, d'un pus mal lié et d'odeur très fétide. Il en sort également par la bouche. Un doigt introduit par l'incision, et un autre doigt dans la bouche, permet de constater entre les deux pulpes, l'interposition de la muqueuse du plancher de la bouche.

Lavages boriqués; drainage; pansement antiseptique, gargarismes boriqués très fréquents; alimentation liquide pendant quelques jours.

Le lendemain de l'opération (9 novembre) la température était redescendue à 37°,4 : deux jours après elle se maintenait à la normale.

Alimentation liquide pendant quelques jours.

Amélioration rapide, persistance du bourrelet pendant plus de trois semaines.

L'examen bactériologique du pus a été égaré.

OBSERVATION XXX

(Communiquée par M. le D^r Delorme, professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce; inédite).

Fernand Ch..., 21 ans, entré à l'hôpital le 14 décembre 1892.

Le 9 décembre, sans qu'il accuse de maux de dents (dents en bon état) ou des symptômes d'angine, le malade constate

l'existence sous le maxillaire inférieur droit, de trois « glandes » qui en augmentant rapidement de volume, se réunissent en une tumeur occupant toute la région sous-maxillaire droite et ayant la dureté du bois dès le premier jour. Gêne au fond de la gorge, à la base de la langue dont les mouvements deviennent bientôt gênés; elle est propulsée en haut et en arrière; salivation peu abondante, mâchoires resserées, déglutition douloureuse; perte d'appétit.

Le 10. — Grand frisson, Le malade se met au lit, tous ces symptômes s'accusent. Langue propulsée du côté sain, salivation très abondante; déglutition presque impossible.

Le 11. — Le médecin du corps examine le malade et en présence du gonflement profond répondant au pilier antérieur droit du voile du palais porte le diagnostic d'angine.

Le 14. — (5^e jour) le malade entre dans le service de M. Delorme qui constate : gonflement assez étendu de toute la région sous-maxillaire droite; ne dépasse pas en bas l'os hyoïde et s'étend un peu en haut à la joue correspondante; mais là ce gonflement a tous les caractères de l'œdème. La peau est légèrement rosée, tendue, chaude.

A la palpation dureté ligneuse de toute cette région sous-maxillaire; on perçoit profondément de la fluctuation.

Douleur à la pression; douleur également spontanée et continue dans tout le côté droit du cou et de la joue droite.

Œdème de la face très notable.

Bourrelet derrière l'arcade dentaire inférieure.

Le pilier antérieur du voile du palais est soulevé, projeté en avant et l'amygdale droite non hypertrophiée est rejetée sur la ligne médiane.

Tête légèrement penchée du côté droit.

Impossibilité d'ouvrir la bouche : salivation abondante, mastication et déglutition pénibles, inappétence.

Insomnie depuis quelques jours.

Temp. 39°5.

Intervention par M. Delorme en présence de MM. Mignon et Maubrac. Incision de six centimètres à deux centimètres au-dessous du bord de l'os, du tissu cellulaire très épaissi, dégagement de la glande sous-maxillaire ; *débridement du mylo-hyoïdien avec la sonde cannelée : issue de pus mal lié*. Fétide. Le doigt mis dans la plaie dépasse la ligne médiane et va dans la loge située du côté opposé ouvrir une autre collection. La pulpe de ce doigt dirigée vers la langue sent la muqueuse du plancher de la bouche interposée entre un autre doigt introduit dans la cavité buccale. La cavité ne s'étend pas au-delà de l'angle de la mâchoire.

Une incision parotidienne aurait été complètement insuffisante car elle aurait laissé intacte la poche du côté opposé.

Lavages boriqués, drainage, pansement antiseptique, ces lavages sont faits la tête baissée dans la crainte qu'il y ait communication avec la cavité buccale.

Le soir même la température était de 37°8, et les symptômes perdaient leur intensité.

Le premier pansement est levé le septième jour, à peine souillé.

Le 8 janvier guérison complète. Il s'était produit un bourgeonnement abondant qui a nécessité l'excision.

A la fin de janvier 1893 nous avons pu revoir le malade : son état est des plus satisfaisants. La cicatrice n'a amené aucune déformation de la région ni contracté aucune adhérence profonde.

L'examen bactériologique a donné des cultures pures de streptocoques.

OBSERVATION XXXI. — (PERSONNELLE).

Désiré J..., 46 ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le D^r Monod, le 20 juillet 1892.

Antécédents personnels. — A 22 ans, accidents paludéens en Afrique, en 1889 influenza — n'a jamais d'angines — n'a jamais souffert des dents.

Maladie actuelle. — L'affection qui fait entrer le malade dans nos salles a débuté il y a une dizaine de jours : il a ressenti dans la région des deux amygdales une douleur d'abord légère qui lui a fait croire au début d'une simple amygdalite ; il n'y attacha aucune importance. Peu à peu cette douleur devint plus vive et au bout de cinq à six jours la déglutition était devenue presque impossible. Aucune difficulté à respirer ; pas d'accès de suffocation.

Sécrétion abondante de salive s'écoulant par la commissure de ses lèvres.

La région sous-maxillaire devenant le siège d'une tumeur volumineuse, il se décida à se faire admettre à l'hôpital.

A l'examen du malade on constata dans la région sus-hyoidienne une tumeur qu'il est assez facile de limiter à la palpation : cette tumeur d'une dureté très marquée occupe toute la région sous-maxillaire gauche et dépasse à droite

la ligne médiane d'une largeur de 3 centimètres environ : elle est limitée en haut par la branche horizontale du maxillaire inférieur que l'on peut suivre très facilement sur toute son étendue ; elle s'arrête à l'angle postérieur : en bas elle descend jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. Cette palpation provoque une douleur vive surtout au niveau de la région amygdalienne gauche. Pas d'œdème. Pas de fluctuation.

Le malade ouvre assez difficilement la bouche ; l'écartement des mâchoires permet à peine l'introduction d'un doigt. La palpation du plancher de la bouche est douloureuse, mais ne révèle aucune fluctuation ; on constate un léger bourrelet derrière l'arcade dentaire inférieure.

Le malade ne peut sortir la langue de la cavité buccale car les mouvements en sont douloureux ; il a une sensation très nette du soulèvement de sa langue et de sa projection en haut et en arrière. La déglutition des aliments solides est impossible ; celle des liquides et de la salive en particulier difficile et très douloureuse.

Aucune gêne respiratoire ; pas d'accès de suffocation.

Douleurs spontanées dans la région de l'apophyse mastoïde gauche comparées par le malade à des piqûres d'épingle ; rien dans la région correspondante du côté droit.

Voix nasonnée.

Les mouvements de flexion et d'extension de la tête sont douloureux.

L'examen des dents et des gencives ne révèle aucune lésion.

Etat général assez bon.

L'appétit est conservé ; le malade prendrait des aliments s'il pouvait les déglutir.

Temp. 37°4.

Diagnostic. — Angine de Ludwig.

21 juillet. — Temp. m. 37°8.

Intervention chirurgicale sous le chloroforme. Incision de 4 à 5 centimètres sur la ligne médiane de la région sous-maxillaire. *On arriva sur le mylo-hyoïdien sans trouver de pus.*

Dissociation du muscle avec la sonde cannelée : il s'écoula alors une cuillerée à café environ de pus, mélangé de sang, sans odeur bien caractéristique.

Pansement à gaze salolée ; drainage.

Temp. soir 37°2.

22 juillet. — Les symptômes s'étaient déjà amendés, le pansement ne contenait pas de pus.

Temp. normale.

23 juillet et jours suivants. — La tumeur disparut peu à peu. Les fonctions de déglutition se rétablirent et le malade, dix jours après, put sortir complètement rétabli.

Bactériologie. — Le pus recueilli avec des pipettes stérilisées a été examiné (1). Dans les préparations, on a trouvé des microcoques qui n'ont pas poussé sur les milieux usuels et en même temps un bacille décoloré par la méthode de Gram, un peu plus long et plus mince que le *Bacterium Coli*, dont il se distingue, du reste, par ses cultures en différents

(1) Nous devons cet examen bactériologique à M. le Dr Macaigne : nous le prions d'agréer ici nos remerciements.

milieux : il liquifie la gélatine à sa partie supérieure seulement, en formant une gelée liquide trouble. Sur gélose la culture est peu abondante ; en stries, il se forme tout le long de la ligne d'ensemencement une trainée blanche peu saillante ; dans l'épaisseur de la gélose, il se forme de toutes petites colonies rondes ; le bouillon ensemencé devient trouble sans former de pellicule ni de collerette à la surface et sans former de dépôt notable à la profondeur.

L'étude de ce microbe n'a pas pu être poursuivie complètement parce que la vitalité des cultures s'est totalement arrêtée dans les différents milieux.

HISTORIQUE

L'histoire du phlegmon sublingual est de date récente : les auteurs anciens n'en font aucune mention et semblent n'en avoir observé aucun cas ; c'est à peine si on peut y voir une allusion dans cette phrase d'Hippocrate (1) au sujet des angines, « la maladie se porte *tantôt sous la langue*..... la fièvre se manifeste avec frissons et douleurs de tête, gonflement sous-maxillaire et salivation difficile. » Galien et Arétée ne font que répéter ce qu'avait dit leur prédécesseur.

Il faut arriver à l'année 1836 pour en trouver les premières traces dans la littérature médicale, sous forme d'un mémoire publié dans le *Wurtemberg Corresp. Blatt*, par Ludwig, professeur de chirurgie à Stuttgart. Ce mémoire, dont nous avons trouvé une traduction presque littérale dans la Gazette médicale de Paris de 1836 (2) contient une description complète des symptômes observés avec la rela-

(1) Hippocrate. Sur les maladies, liv. II, n° 9.

(2) Gazette médicale de Paris, 1836, p. 577.

tion de quatre cas, dont trois se sont terminés par la mort ; cette affection, dont l'auteur essaie d'expliquer la nature et qu'il n'a trouvée décrite nulle part, forme d'après lui, par l'ensemble de ses symptômes, un tout bien caractéristique, une véritable *entité morbide* ; il propose de lui donner le nom « *d'induration gangréneuse du cou.* » Aussitôt plusieurs médecins du Wurtemberg en publièrent successivement dans le même journal des cas analogues : Theurer, Bosch, Höring et Leube ; la description qu'ils en faisaient était entièrement conforme à celle donnée par le médecin de Stuttgart.

L'année suivante, nous voyons Camerer donner à cette affection le nom de « *Angina Ludwigii* », qu'elle conservera à côté de celui de « *Cynanche sublingualis rheumatico-typhoides* » que veut lui attribuer Leube.

Depuis cette époque on trouve çà et là, éparses dans les feuilles médicales, quelques rares observations dont nous avons relevé les plus caractéristiques, et quelques thèses et monographies françaises où certains auteurs refusaient de reconnaître l'angine de Ludwig comme une affection spéciale.

Dernièrement (1), la question est revenue à l'ordre du jour à propos d'une observation du phlegmon sus-hyoïdien communiquée à la Société de chirurgie par M. le docteur Linon, médecin-major de 1^{re} classe, à l'hôpital militaire de Versailles ; frappé par la gravité des accidents, il se demandait s'il n'avait pas eu affaire à une angine de Ludwig.

(1) Société de chirurgie. Séances des 29 juin, 6, 13, 20 et 27 juillet 1892.

M. Ch. Nélaton, chargé de lire un rapport sur cette communication, fit adopter, après discussion, par la majorité de ses collègues, des conclusions tendant à faire disparaître le terme d'angine de Ludwig, et par suite cette affection du cadre nosologique. A la séance suivante, M. Delorme apporta à la tribune de nouveaux faits cliniques à l'aide desquels il s'efforça de faire rendre à l'angine de Ludwig la place qu'elle a le droit d'occuper dans la pathologie chirurgicale. Cette discussion, à laquelle la Société de chirurgie consacra plusieurs séances, est actuellement la dernière page de l'histoire du phlegmon sublingual, dit angine de Ludwig.

III

NATURE DE L'AFFECTION

Il serait maintenant intéressant de passer en revue les différentes conceptions des auteurs sur la nature de l'angine de Ludwig. Ce chirurgien, qui crut devoir la ranger dans le cadre de l'érysipèle, considérait deux facteurs dans ce processus : la nature érysipélateuse et l'état nerveux spécial du sujet « *par son facteur érysipèle, disait-il, la maladie favoriserait la disposition à l'inflammation gangréneuse comme dans le furoncle malin, tandis que par son facteur nerveux elle prédisposerait à l'induration et à la paralysie comme dans la parotidite aiguë.* » Ce caractère infectieux que Ludwig avait entrevu fut accepté par ses contemporains à en juger par les épithètes de *typhoïde*, de *rheumatico-typhoïde* qu'ils lui adjoignirent.

Beaucoup plus tard (1872), von Thaden faisait de l'angine décrite par Ludwig un *bubon sous-maxillaire*.

En 1883, le professeur W. Roser (1) se fit le défenseur des idées de Ludwig et soutint l'entité nosologique de l'af-

(1) Die Ludwig'sche Angina. Deutsche Medic. Wochenschrift, n° 11, 1883.

fection décrite par lui : « L'angine de Ludwig, disait-il, consiste en une *inflammation aiguë de la glande sous-maxillaire et du tissu cellulaire environnant* ; elle se présente sous forme *épidémique*, et est due vraisemblablement à un *agent infectieux spécial*. » Pour lui, toutes les inflammations qui surviennent dans la région du cou ne seraient que des angines de Ludwig.

Deux ans plus tard, le docteur G. Böehler, dans sa thèse inaugurale, refuse de faire de cette affection une entité morbide et tend à supprimer la dénomination d'angine de Ludwig.

Dans une monographie publiée sur ce sujet, P. Tissier (1) arrive à des conclusions complètement opposées ; il se refuse à rayer cette affection du cadre nosologique, et propose le nom de *angine sous-maxillaire infectieuse*, appellation qui, d'après nous, prête autant à la confusion que celle d'angine de Ludwig.

Le docteur Chabrol (2), dans sa thèse inaugurale de 1886, se range de l'avis de P. Tissier.

Dans ses conférences de pathologie interne de l'année 1891-92, M. le docteur Chantemesse disait avoir observé avec M. le docteur Widal un cas très net d'angine de Ludwig terminé par la mort au bout de 36 heures ; à l'autopsie, ils avaient trouvé dans le phlegmon sus-hyoïdien une infiltration de liquide avec lequel ils ont fait des cultures pures

(1) P. Tissier. De l'angine sous-maxillaire infectieuse ; — De l'angine dite de Ludwig et des phlegmons sus-hyoïdiens en général. — Progrès Médical, nos 35, 36, 37, 38, 39 (1886).

(2) Chabrol Thèse de Paris (1886 87).

de streptocoques de l'érysipèle. M. Chantemesse n'hésite pas à considérer l'angine de Ludwig comme un *véritable érysipèle du larynx à forme rapide*.

Pour nous, l'angine de Ludwig est un *phlegmon développé à la suite de l'introduction d'un agent infectieux différent, suivant les cas, dans les mailles du tissu cellulaire qui entoure les glandes sublinguales*. Le terme d'angine de Ludwig est cliniquement impropre : son seul avantage est de nous empêcher d'oublier le nom du clinicien qui, le premier, nous en a laissé une excellente description ; il ne convient pas, en effet, de donner le nom d'angine à une affection du plancher buccal. Camerer l'avait sans doute choisi à cause de son étymologie (αγγειον, j'étrangle), voulant ainsi rappeler les troubles de la déglutition et de la respiration, symptômes à peu près constants. Nous proposons la dénomination de *phlegmon sublingual* comme beaucoup plus précise, en ce sens qu'elle indique la nature et le siège de cette affection, et qu'elle guide sûrement le chirurgien dans son mode d'intervention.

SIÈGE ANATOMIQUE

Si jusqu'à présent, il a été impossible de s'entendre sur le phlegmon sublingual, dit angine de Ludwig, c'est qu'à notre avis on n'a pas tenu assez compte de la région anatomique bien déterminée dans laquelle il prend naissance; aussi, avant d'entrer dans l'étude de cette affection, avons-nous jugé utile de faire une description sommaire de la topographie de cette région dont nous emprunterons les principaux points à l'anatomie topographique de M. le professeur Tillaux et aux démonstrations anatomiques de M. Sebileau.

M. le professeur Tillaux lui donne le nom de *portion sublinguale du plancher de la bouche*, et M. Sebileau celui de *département sous mylo-hyoïdien* ou *creux sublingual*; c'est une cavité et cette cavité contient des organes. Elle se présente sous la forme d'une « pyramide triangulaire dont le sommet qui est inférieur, répond au point où le mylo-hyoïdien confine au genio-hyoïdien et dont la base qui est supérieure s'étale sur la langue » (1).

(1) P. Sebileau. Démonstrations d'anatomie. p. 169.

Quelles sont les parois de cette sorte de creux triangulaire? La face interne du maxillaire inférieur et le muscle mylo-hyoïdien forment la paroi externe qui est oblique, disposée comme une sorte de plan incliné; le génio-glosse en haut et le genio-hyoïdien en bas constituent à eux deux la paroi interne qui est verticale: la paroi supérieure est formée par la muqueuse du plancher de la bouche que les glandes sublinguales soulèvent à droite et à gauche du frein de la langue.

Quel en est le contenu? L'organe le plus important, surtout au point de vue qui nous occupe, est la glande sublinguale, formée par l'agglomération d'une douzaine de petites glandes réunies entre elles par un tissu cellulaire; elle est entourée d'une sorte de coque conjonctive qui lui forme enveloppe et l'unit aux parties voisines. Entre ces deux glandes, sur la ligne médiane se trouve un petit « amas de tissu cellulaire à mailles lâches » qui porte le nom de bourse de Fleischman; sous la face profonde de la glande sublinguale on rencontre l'artère sublinguale accompagnée d'une ou deux veines, le nerf lingual et le canal de Wharton. On a décrit (Richet) une chaîne ganglionnaire lymphatique en fer à cheval le long de la face interne du maxillaire inférieur.

Telle est la région qui est le siège de l'affection à laquelle Ludwig a laissé son nom; c'est dans ce creux sublingual que va se collecter le pus du phlegmon formé; nous en prenons pour preuves les deux faits suivants: le premier est tiré de la symptomatologie, c'est le soulèvement de la langue. Nous avons vu que ce creux sublingual est limité en bas par le muscle mylo-hyoïdien « véritable sangle contractile » et non dépressible; le pus formé entre ce muscle et la mu-

queuse sublinguale va évidemment faire saillie du côté où il éprouve le moins de résistance et ce sera vers la cavité buccale qu'apparaîtra la tuméfaction qui cause le soulèvement de la langue et sa projection en arrière; s'il existe un gonflement externe, c'est à cause de l'œdème qui infiltre le tissu cellulaire sous-cutané. De plus lorsqu'il y a ouverture spontanée, c'est le plus souvent dans la cavité buccale et non au dehors que le pus s'est fait jour. parce que de ce côté, les tissus sont plus facilement destructibles et le chemin moins long à parcourir.

Le second argument nous est donné par l'incision que nous proposerons comme traitement de l'affection; en effet ce n'est qu'après avoir incisé le muscle mylo-hyoidien dans la région sus-hyoïdienne que l'on trouve la collection purulente, à moins que déjà le pus n'ait eu le temps de se frayer un passage au travers de ce muscle, pour venir constituer un foyer secondaire dans la loge de la glande sous-maxillaire.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — BACTÉRIOLOGIE.

Le phlegmon sublingual a été observé à tous les âges de la vie : on l'a rencontré chez des enfants de deux mois (obs. XVI), de six mois (obs. XII) ainsi que chez des adultes de 50 ans (obs. XV) ; mais d'après les observations que nous rapportons ici, il semble être plus fréquent entre 20 et 30 ans.

Le sexe masculin est frappé de préférence (5 femmes sur 31 cas) ; il est possible que l'homme y soit prédisposé par ses occupations journalières, qui l'exposent davantage aux refroidissements, notés très souvent comme cause prédisposante.

P. Tissier, d'après deux observations, admettrait la contagion ; elles concernent « deux employés des postes ambulants, voyageant ensemble, exposés à de perpétuels courants d'air dans les trains en marche et présentant à quelques semaines d'intervalle les mêmes symptômes morbides locaux et généraux. »

Roser signale sa fréquence relative chez les militaires (7/20). M. Delorme que nous avons consulté sur ce point ne partage pas cet avis.

Nous avons admis que ce phlegmon était dû à la pénétration dans l'économie d'un germe infectieux siégeant dans la cavité buccale ; la porte d'entrée de ce germe sera toute ulcération de la muqueuse de la bouche, des lèvres-stomatites, ulcérations herpétiques, etc. ; les amygdalites, les caries dentaires, l'évolution de la dent de sagesse ont été souvent notées à l'origine de cette affection. L'agent virulent est véhiculé par les lymphatiques jusqu'à ce tissu cellulaire qui entoure les glandes sublinguales où il détermine le processus phlegmoneux.

A côté du microbe, cause déterminante de l'affection, il faut envisager aussi la cause prédisposante : les refroidissements répétés jouent un grand rôle dans cette pathogénie et sont notés dans la plupart des observations. Devons-nous admettre avec F. Murchinson comme condition du développement du phlegmon sublingual la constitution débile, scrofuleuse, misérable ? Les faits ne semblent pas plaider beaucoup en faveur de cette conception.

Nous aurions été heureux de présenter ici un plus grand nombre d'observations accompagnées d'un examen bactériologique du pus ; mais il nous a été possible d'en réunir seulement quatre, dont voici les résultats : staphylocoques (obs. XXVII) ; streptocoques (Chantemesse et Widal) ; streptocoques (obs. XXX) ; bacille indéterminé (obs. XXXI). Nous ne pouvons rien déduire d'un si petit nombre d'observations.

VI

SYMPTOMATOLOGIE. — MARCHE. — TERMINAISON

Si on lit toutes les observations du phlegmon sublingual que nous rapportons ici, on peut voir que la symptomatologie est partout sensiblement la même.

Voici ce qu'on observe le plus souvent : Un homme souffre depuis quelques jours des dents ou d'une angine qui semblait assez bénigne. Tout d'un coup il est pris de frissons, de céphalée assez intense : la déglutition et la respiration deviennent rapidement pénibles ; en même temps une tumeur arrondie apparaît à la région comprise entre le maxillaire inférieur et le cartilage thyroïde ; ce cortège de symptômes se montre en 24 ou 48 heures. C'est à cette période en général que l'on observe le malade pour la première fois.

Examinons-le donc quand il est arrivé au troisième jour environ de cette nouvelle affection greffée sur la première.

Il tient sa tête droite, quelque fois un peu portée en arrière, ou inclinée soit à droite soit à gauche ; les mouvements de flexion de la tête comme ceux d'extension forcée sont devenus impossibles ; ceux de rotation sont très limités.

La région sous-maxillaire est proéminente, gonflée soit

dans sa totalité, soit dans une de ses parties latérales. La peau est plus ou moins mobile sans altération; quelquefois cependant elle peut prendre une teinte légèrement rosée pour passer plus tard à une coloration rouge sombre; quelquefois il s'y forme de petites plaques noirâtres qui s'élimineront plus tard.

Si l'on vient à palper cette région, on constate alors une tumeur unilatérale le plus souvent, dépassant parfois la ligne médiane et se continuant quelquefois par un œdème mou de la moitié correspondante de la face. Cette tumeur dont la palpation est douloureuse, se limite assez facilement; sa consistance est *dure, ligneuse, squirrheuse*; le doigt ne s'y enfonce pas et s'il y marque son empreinte, c'est qu'il existe un léger œdème superficiel. La fluctuation que l'on devine plutôt qu'on ne la perçoit, est toujours obscure et incertaine.

Le malade est dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche; l'écartement des arcades dentaires permet à peine le passage d'un doigt ce qui rend difficile l'examen de l'isthme du gosier et de la paroi postérieure du pharynx. Un autre obstacle à cet examen existe d'ailleurs: c'est le soulèvement de la langue, symptôme constant et sensation très nette pour le patient; cet organe est refoulé vers le palais et tellement pressé contre lui que dans certains cas (obs. XXIII), on peut à peine entre les deux glisser une spatule. Ce soulèvement est dû à la tuméfaction des tissus du plancher de la bouche qui forment derrière l'arcade dentaire inférieure un bourrelet dur et résistant dans lequel les dents marquent quelquefois leur empreinte. Une salive visqueuse est incessamment secrétée et s'écoule

malgré le malade par les commissures labiales. L'haleine est fétide.

Le soulèvement de la langue et son immobilisation amènent inévitablement des troubles de la déglutition et de la respiration ; la mastication est devenue impossible par suite de contracture insurmontable des masséters ; les aliments solides ne peuvent plus être déglutis, les liquides seuls parviennent à franchir l'obstacle au prix de vives douleurs. La respiration est sifflante ; il y a de la dyspnée, menace de suffocation ; la voix est altérée, la parole inintelligible ; le malade parle comme si sa bouche était remplie d'aliments semi-liquides.

L'état général est grave ; la température atteint 40° le soir avec légère rémission matinale, le pouls est accéléré. Des sueurs profuses recouvrent le malade ; des cauchemars, du délire troublent son sommeil, on a même noté du soubresaut des tendons, la soif est vive. Les urines troubles contiennent parfois de l'albumine. En un mot l'ensemble de ces symptômes prend l'apparence d'un processus typhoïde. Telle est la situation vers le 4° ou 5° jour de la maladie.

Si on abandonne la maladie à elle-même, c'est-à-dire si on ne fait pas une intervention chirurgicale, la seule dont elle soit justiciable, le processus va devenir très rapide. Les cas de guérison spontanée sont rares, ou bien elle se produira exceptionnellement par résolution, ce qui semble être le cas observé par Ludwig (obs. I), ou bien le pus détruisant tous les tissus sur son passage, va se faire jour soit au dehors soit dans la cavité buccale. Le plus souvent la mort surviendra à la suite d'une complication quelconque, œdème de la glotte, infection généralisée, etc.

Tel est le tableau clinique que l'on observe le plus fréquemment ; si à côté, il y a des cas où l'évolution est plus lente et les symptômes atténués (obs. XXXI), en revanche il en est d'autres où le malade est arrivé en deux ou trois jours à peine à la terminaison fatale (obs. XV). La symptomatologie est la même ; il n'y a que la rapidité de l'évolution qui varie. Cette symptomatologie peut être résumée ainsi :

1° Gonflement ligneux et en cuirasse de toute la région sus-hyoïdienne ;

2° La propulsion du plancher de la bouche vers la voûte palatine ;

3° Les accidents dyspnéiques graves qui en résultent ;

4° L'état général qui est celui d'un sujet profondément infecté ;

5° La présence d'un bourrelet dur à la face interne de l'arcade dentaire inférieure, que M. Delorme considère presque comme signe pathognomonique.

L'affection se termine le plus souvent, avons-nous dit, par la mort ; celle-ci peut survenir par asphyxie (œdème de la glotte, compression de la trachée, pénétration du pus dans les voies respiratoires, le phlegmon s'étant ouvert pendant le sommeil), ou bien par pyohémie ou intoxication secondaire (on retrouve alors tous les symptômes d'une infection profonde) : coloration ictérique des yeux, albuminurie, mort dans le coma ; et à l'autopsie : lésions du foie, de la rate (obs. VI). Dans une observation de M. Schwartz (obs. XXII), le malade est mort par syncope.

La guérison peut se produire comme dans l'observation de Ludwig (obs. I) par résolution, et encore est-il plus

probable que dans ce cas le phlegmon s'est ouvert dans la bouche sans que le malade s'en aperçut : aussi nous sommes tentés d'admettre que c'est le mécanisme de toutes ces guérisons dites par résolution.

Mais lorsqu'on a traité le phlegmon par l'incision, dont nous parlerons à propos du traitement, les symptômes très graves s'amendent en quelques heures, la fièvre tombe immédiatement, la déglutition et la respiration profondément troublées redeviennent normales et le malade marche à grands pas vers la guérison. Nous avons pu revoir complètement guéri un malade opéré par M. Delorme (obs. XXX); l'état général était excellent; la cicatrice peu apparente n'avait contracté aucune adhérence dans la profondeur; pas de rétraction cicatricielle de la peau de la région sous-maxillaire. Mais le bourrelet constaté à la face interne de l'arcade dentaire inférieure persisterait, d'après M. Delorme, plus d'un mois et pourrait, dans certains cas, aider à faire un diagnostic rétrospectif.

VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Généralement la peau reste intacte (obs. II et VI), mais le tissu cellulaire sous cutané est épaissi et laisse suinter un liquide louche peu abondant. Si alors on pénètre dans la profondeur de la région sous-maxillaire, il devient impossible, lorsque le processus gangréneux a eu le temps d'évoluer avant que la mort survienne, de reconnaître les divers organes convertis en une masse sanieuse et fétide, traversée par les vaisseaux et les nerfs, que l'on peut encore distinguer. Les ganglions lymphatiques sont tuméfiés et rougeâtres à la coupe, mais ils ne suppurent pas. Les glandes salivaires, d'un bleu pâle à la périphérie, restent saines à leur centre (obs. VI). Le maxillaire inférieur est intact. Les muqueuses de la cavité buccale, de la langue, du pharynx et du nez sont recouvertes de mucus grisâtre, ainsi que les muqueuses du larynx et de la trachée. On a trouvé l'épiglotte détruite (obs. VII). La muqueuse rouge violacé et le tissu sous-muqueux du larynx tout entier sont épaissis et profondément infiltrés lorsque la mort a été produite par œdème de la glotte.

Si l'infection s'est généralisée, si l'albuminurie et l'ictère se sont montrés dans le cours de l'affection, on trouvera des lésions du foie, du rein, de la rate (obs. VI); on a noté de petits abcès disséminés dans le poumon (obs. VI).

VIII

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC

Lorsqu'on constate chez un malade l'ensemble des symptômes toujours constants dont nous avons donné l'énumération à notre chapitre de la symptomatologie, le diagnostic s'impose; aussi serons-nous très bref dans cette discussion.

L'*ostéo-périostite* du maxillaire inférieur, l'*adeno-phlegmon sous-maxillaire*, l'*hygroma de la bourse de Fleischman* sont les seules affections de cette région avec lesquelles on pourrait confondre le phlegmon du creux sublingual. Dans l'*ostéo-périostite* du maxillaire inférieur, la tuméfaction ne s'étend pas à la région sous-maxillaire : la peau et les muscles recouvrant cet os lui sont adhérents, tandis que l'os est toujours libre dans le phlegmon sublingual. On trouve toujours au début de l'adéno-phlegmon des petites masses arrondies, douloureuses, nettement séparées les unes des autres; dans le phlegmon c'est une masse unique, avec ses caractères spéciaux occupant au moins la moitié de la région sous-maxillaire. Quant à l'*hygroma de la bourse de Fleischman*, son début est plus brusque, et si on fait une ponction, on retire un liquide visqueux mais non purulent.

Le pronostic est très grave lorsqu'on n'intervient pas ; mais le caractère de gravité disparaît presque devant le traitement chirurgical. Les sept malades opérés par M. Delorme ont guéri ; il en a été de même pour celui que nous avons observé à l'hôpital Saint-Antoine. Nous sommes persuadés que, si les statistiques rapportées à la Société de chirurgie sont désastreuses, c'est dû au retard dans l'intervention ou à l'insuffisance en profondeur de l'incision ; en restant en-deçà du muscle mylo-hyoïdien, on n'atteint pas la collection purulente qu'il faut évacuer et, par conséquent, le remède n'est pas apporté au mal.

IX

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

Puisque nous avons admis que le phlegmon sublingual se développe consécutivement à l'introduction d'un agent infectieux séjournant dans la bouche, il semble naturel de recommander l'antisepsie buccale comme prophylaxie de cette affection. Lorsqu'il y a ulcération de la muqueuse, amygdalite, dent cariée, etc., nous conseillerons d'employer plusieurs fois par jour pour les soins de la bouche des solutions antiseptiques telles que : acide borique à 4 p. 100, thymol à 0,50, 1 gr. p. 1000 ; on pourra peut être ainsi éviter la formation de cette affection dont le pronostic est si grave.

Mais lorsque le phlegmon est formé, il faut intervenir chirurgicalement sans attendre : car le processus est rapide et les complications ne tarderaient pas à apparaître. Nous passerons sous silence le traitement médical comme étant inefficace : il y a une collection purulente, et il est du devoir du chirurgien d'aller la chercher au point où elle se trouve.

Nous proscrivons l'incision de la muqueuse buccale qui paraît, à priori, la voie la plus directe pour l'atteindre ; car,

outre que la contracture des mâchoires la rend très difficile à pratiquer, il y aurait à redouter l'intoxication du malade par les produits antiseptiques énergiques employés pour désinfecter cette poche; de plus ce serait une nouvelle porte ouverte aux germes.

C'est à l'incision de la région sus-hyoidienne qu'il faut avoir recours: elle n'a aucun de ces inconvénients et ne présente aucun danger, malgré la profondeur qu'elle doit avoir, si on procède avec prudence.

Deux cas peuvent se présenter: ou bien le phlegmon est bilatéral, ou bien il n'occupe qu'un seul côté.

Dans le premier cas, l'incision sera médiane, du milieu de l'os hyoïde jusqu'à la symphyse du menton; après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, qui atteint quelquefois une épaisseur de 4 à 5 centimètres, on découvre au fond de la plaie le raphé où s'entrecroisent les *fibres du mylo-hyoidien*; laissant alors le bistouri, on *dissocie ces fibres* à l'aide de la sonde cannelée, ce qui permet *d'arriver directement sur la loge des glandes sublinguales, siège du phlegmon*; le doigt introduit dans la plaie, facilite la sortie du pus s'il est formé, en décollant le muscle de chaque côté.

Lorsque le phlegmon est unilatéral, M. Delorme conseille une section sous-maxillaire, parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur, à une distance d'un travers de doigt du rebord de cet os; il faut encore pénétrer au-delà du muscle mylo-hyoidien en dissociant ses fibres à l'aide de la sonde cannelée; le doigt fera le reste. Ces incisions ne seront faites qu'après avoir procédé à un nettoyage rigoureux de la région.

Désinfection de la poche par des irrigations de liquides antiseptiques ; drainage ; pansement au salol.

Antisepsie buccale.

Alcool ; quinquina à l'intérieur.

Si l'affection se complique d'œdème de la glotte : trachéotomie.

CONCLUSIONS

I. L'affection connue sous le nom d'angine de Ludwig est, en réalité, un phlegmon du tissu cellulaire entourant les glandes sublinguales. Par conséquent, nous proposons de substituer au nom d'angine de Ludwig celui de phlegmon sublingual.

II. Bien que les examens bactériologiques n'aient pas révélé un microbe spécifique de cette affection, sa symptomatologie est assez spéciale et son siège assez précis pour en faire une entité morbide distincte des autres processus phlegmoneux du cou avec lesquels on l'a souvent confondue.

III. Le pronostic, très grave si l'affection est abandonnée à elle-même, se trouve sensiblement atténué par l'intervention chirurgicale précoce.

VU :

Par le Président de thèse,
TILLAUX.

VU :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur
de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches sur une espèce particulière d'angine observée récemment dans quelques localités du Wurtemberg. (Gaz. méd. de Paris, 1836, p. 577-581.)

DUMONTEIL-GRANDPRÉ. — Abscess sous-lingual. (Thèse de Paris, 1875.)

HOULLON. — Contribution à l'étude de l'angine de Ludwig. (Thèse de Strasbourg, 1875.)

A. CORLIEU. — Angine de Ludwig. (Paris-Médical, 1880, n° 49.)

W. ROSER. — Die Ludwig'sche Angina. (Deutsche medic. Wochenschrift, n° 11, 1883.)

G. BÖHLER. — Etude critique sur l'angine de Ludwig. (Thèse de Paris, 1884-85.)

TORDEUS. — Angine de Ludwig chez les jeunes enfants. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Paris, 1885, p. 579.)

P. TISSIER. — Angine sous-maxillaire infectieuse. (Progress médical, Paris, 1836, n°s 35, 36, 37, 38, 39.)

CHABROL. — De l'angine dite de Ludwig. (Thèse de Paris, 1886-87.)

DELOBEL. — Des abscess chroniques de la région sus-hyoïdienne. (Thèse de Paris, 1887.)

WEISS. — Abscès sous-lingual par carie d'une dent de sagesse. (Bulletin de la Société de chirurgie, XIII, p. 52-57, 1887.)

SKIBNEWSKI. — Traitement de l'angine de Ludwig par les injections parenchymateuses d'acide phénique. (Méd. Obosrenie, n° 4, 1888.)

SCHWARTZ. — Société de médecine pratique. (Séance du 21 mars 1889.)

CARRALERO. — Angine de Ludwig chez un enfant de six ans. (Arch. de med. y cir. de los niños, avril 1889.)

MICHEL. — Bulletin de la Société anatomique, 1890 p. 513.

T.-A. JONES. — A case of angina Ludovici. (The Lancet, June 6, 1891.)

SCHIFFERS. — De l'angine de Ludwig. (Gaz. méd. de Liège, 6 août 1891.)

SHARKEY. — Cellulite aiguë primitive suppurée du cou, angine de Ludwig. (S.-Thomas's hosp. Rep. XX, 1892.)

Bulletins de la Société de chirurgie. (Séances des 29 juin, 6, 13, 20, 27 juillet 1892.)

SCHWARTZ. — Des phlegmons infectieux sous-linguaux. (Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1892, n° 30.)

TILLAUX. — Anatomie topographique.

P. SEBILEAU. — Démonstrations d'anatomie.

